LA PRÉTENDUE



ORCHI-ÉPIDIDYMITE

PAR EFFORT

DEVANT LA LOI SUR LES ACCIDENTS DU TRAVAIL

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 8 Juillet 1904

PAR

H. CRÈS

Né à Saint-Hippolyte-du-Fort (Gard)
le 23 Décembre 1879

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine



MONTPELLIER
IMPRIMERIE G. FIRMIN, MONTANE ET SICARDI
Rue Ferdinand-Fabre et quai du Verdanson

1904

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. MAIRET (✻) . . . . Doyen
TRUC . . . . Assesseur

Professeurs

Clinique médicale	MM. GRASSET (✻)
Clinique chirurgicale	TEDENAT.
Clinique obstétric. et gynécol	GRYNFELTT.
— — ch. du cours, M. Vallois.	
Thérapeutique et matière médicale. . . .	HAMELIN (✻)
Clinique médicale	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerv.	MAIRET (✻).
Physique médicale.	IMBERT
Botanique et hist. nat. méd.	GRANEL.
Clinique chirurgicale.	FORGUE.
Clinique ophtalmologique.	TRUC.
Chimie médicale et Pharmacie	VILLE.
Physiologie.	HEDON.
Histologie	VIALLETON.
Pathologie interne.	DUCAMP.
Anatomie.	GILIS.
Opérations et appareils	ESTOR.
Microbiologie	RODET.
Médecine légale et toxicologie	SARDA.
Clinique des maladies des enfants	BAUMEL.
Anatomie pathologique	BOSC
Hygiène.	BERTIN-SANS

Doyen honoraire : M. VIALLETON.

Professeurs honoraires :

MM. JAUMES, PAULET (O. ✻), E. BERTIN-SANS (✻)

M. H. GOT, *Secrétaire honoraire*

Chargés de Cours complémentaires

Accouchements.	MM. PUECH, agrégé
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	BROUSSE, agrégé
Clinique annexe des mal. des vieillards. .	VIRES, agrégé.
Pathologie externe	JEANBRAU, agrégé.
Pathologie générale	RAYMOND, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. LECERCLE.	MM. PUECH	MM. VIRES
BROUSSE	VALLOIS	IMBERT
RAUZIER	MOURET	VEDEL
MOITESSIER	GALAVIELLE	JEANBRAU
DE ROUVILLE	RAYMOND	POUJOL

M. IZARD, *secrétaire.*

Examinateurs de la Thèse

MM. FORGUE, *président.*	MM. IMBERT, *agrégé.*
ESTOR, *professeur.*	JEANBRAU, *agrégé.*

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE DOCTEUR FORGUE

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE A LA FACULTÉ DE MONTPELLIER

CORRESPONDANT DE L'INSTITUT

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ JEANBRAU

A TOUS MES MAITRES

DE LA FACULTÉ ET DES HOPITAUX DE MONTPELLIER

H. CRÈS.

A MA GRAND'MÈRE

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

Témoignage de ma profonde et affectueuse reconnaissance

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

H. CRÈS.

A tous nos maîtres de la Faculté et des Hôpitaux de Montpellier qui ont fait notre éducation médicale et chirurgicale, nous éprouvons le besoin d'adresser, avant notre départ, l'expression de notre vive gratitude.

Notre reconnaissance va plus particulièrement à M. le professeur Forgue, qui nous a fait l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse. Nous n'oublierons jamais ce que nous devons à son enseignement si élevé et si méthodique, que d'autres avant nous et plus autorisés que nous ont su apprécier à sa haute valeur.

Parmi nos jeunes maîtres, il en est un qui a su, par son dévouement sans bornes uni à une bonne grâce charmante, s'attirer l'entière sympathie de tous ses élèves. M. le professeur Jeanbrau, à qui nous devons tant de précieux encouragements et de conseils généreusement prodigués, laissera dans notre esprit comme dans notre cœur une trace profonde qui ne saurait s'effacer.

Nous devons enfin un souvenir affectueux à nos amis dont la société, aux heures pénibles, nous a été si douce et si réconfortante, à ceux que la fin de leurs études a déjà éloignés de nous, comme à ceux qui restent pour quelque temps encore dans l'enceinte de cette école.

AVANT-PROPOS

L'orchite par effort existe-t-elle ? Le testicule peut-il s'enflammer sous l'influence d'une contraction brusque du crémaster qui le projetterait contre le pubis ? Et cette orchite peut-elle suppurer ou aboutir à l'atrophie testiculaire, sans qu'il y ait d'autre élément étiologique responsable que le traumatisme ?

Tel est le sujet que nous avons cherché à élucider dans ce modeste travail, sur le conseil de M. le professeur agrégé Jeanbrau. Les recherches bibliographiques que nous avons faites, les observations publiées sous le titre d' « Orchite par effort » que nous avons réunies, les récentes interprétations données par M. Sébileau de cette affection, nous permettent de montrer qu'à l'heure actuelle on n'a pas encore produit un fait suffisamment net pour légitimer le terme d'orchite par effort. Sans conclure par la phrase décisive qu'un jeune homme n'a pas le droit d'écrire : « L'orchite par effort n'existe pas », nous pensons qu'elle est extrêmement rare, si elle est possible. Nous croyons que les affections confondues jusqu'à aujourd'hui sous ce titre sont des maladies latentes du testicule, à début insidieux, à évolution torpide, qui ont été brusquement révélées ou aggravées au moment d'un effort. Naturellement, surtout s'il y voit son intérêt, le malade affirme qu'avant l'effort il n'avait rien.

L'orchite par effort n'est plus, aujourd'hui, qu'une poussée

d'orchite ou d'épididymite aiguë, avec vaginalite chez un individu atteint de tuberculose latente, ou d'une uréthrite blennorrhagique chronique. Plus rarement, il s'agit d'une torsion du cordon spermatique qui a déterminé des phénomènes d'étranglement avec gonflement testiculaire, douleur syncopale, irradiations, c'est-à-dire le tableau de l'orchite aiguë au début. Enfin, la rupture d'une veine dans un varicocèle ou dans un néoplasme du testicule peuvent simuler l'orchite par effort, surtout aux yeux d'un observateur non prévenu.

La question de « l'orchite par effort », sans avoir l'importance de la hernie par effort dont on parle si souvent et qui est si rare — au sens strict du mot — a pris un intérêt nouveau le jour où les lois sur la réparation des accidents du travail ont obligé les chefs d'entreprise à indemniser tous les ouvriers blessés. On sait que la conséquence d'une maladie déclarée comme « accident du travail » est la suivante : le patron paie à l'ouvrier une indemnité journalière égale à la moitié de son salaire quotidien ; il solde, de plus, les frais médicaux et pharmaceutiques. Dans un certificat de constatation d'accident, certificat qui doit être apporté à la mairie avant le quatrième jour, un médecin peut-il raisonnablement porter le diagnostic « d'orchite par effort » ? Nous pensons que non, dans la majorité des cas. Et même lorsque les apparences seront en faveur d'une affection accidentelle, il sera nécessaire de faire des réserves sur la nature et l'origine de l'affection, au cas où la guérison ne surviendrait pas et en prévision d'une demande de rente viagère de la part du pseudo-blessé.

Tels sont les deux points que nous avons étudiés dans ce modeste travail, dont les conclusions peuvent se résumer ainsi :

1° Sous la dénomination d' « orchite par effort », on a confondu des poussées aiguës d'orchi-épididymites bacillaires ou gonococciques révélées ou aggravées au moment d'un

effort ; des contusions du testicule, avec ou sans hémorragies intra-testiculaires suivant l'intensité du choc, qui ont joué le rôle de cause d'appel vis-à-vis d'infections parties de l'urèthre postérieur, comme l'a écrit M. le professeur Forgue dans son *Précis de Pathologie externe* ; des torsions du cordon spermatique ; des hématomes funiculaires ; des néoplasmes révélés par des ruptures vasculaires. L'inflammation du testicule ne peut être admise à l'heure actuelle. Si l'orchite par effort est possible, il n'en existe pas un seul cas indiscutable dans la littérature.

2° Au point de vue de la loi de 1898 sur la réparation des accidents du travail, le diagnostic d' « orchite par effort » ne sera jamais formulé sans les plus expresses réserves. Un examen soigneux du blessé, répété à plusieurs reprises, permettra toujours de poser un diagnostic plus anatomique.

LA PRÉTENDUE

ORCHI-ÉPIDIDYMITE

PAR EFFORT

DEVANT LA LOI SUR LES ACCIDENTS DU TRAVAIL

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE ET PATHOGÉNIE

Si l'existence de l'orchite par effort est fortement contestée à l'heure actuelle, il a été une époque où tous les classiques l'admettaient sans discussion. L'interprétation pathogénique variait sans doute, mais on ne doutait pas de la réalité de cette variété d'orchite.

On a coutume d'attribuer à Velpeau la première description de l'orchite par effort. Elle est signalée cependant par des chirurgiens qui l'ont précédé. Le professeur Boyer l'admettait et Larrey parle, dans sa *Clinique chirurgicale,* des inflammations idiopathiques du testicule, «lesquelles sont rares, dit-il, et qu'on peut rapporter à une turgescence sanguine locale déterminée par des excitations prolifiques ou par de violents efforts ». Mais Boyer et Larrey ne donnent nulle part dans leurs ouvrages une interprétation pathogénique de l'orchite par effort, ce qui

tient probablement à ce que, à leur époque, cette étiologie n'avait jamais été contestée.

Velpeau fut le premier chirurgien qui émit, dans le Dictionnaire en 30 volumes de Roux, une théorie pathogénique basée sur l'anatomie.

« La disposition des muscles et des aponévroses de la région iliaque, dit-il, me paraît expliquer le fait sans difficulté. Si l'on suit avec soin les fibres du muscle droit de l'abdomen, on voit effectivement que quelques unes d'entre elles se détachent inférieurement de son bord externe, en prenant le caractère fibreux, pour se diriger en dehors, passer en forme d'anse dans le canal déférent et aller se terminer sur la lèvre interne de la crête iliaque. Ces fibres forment la moitié inférieure de l'ouverture abdominale du canal inguinal; étant ainsi plus élevées par leur extrémité que par leur milieu, le muscle droit ne peut pas se contracter sans que leur partie concave se relève en se redressant, réagisse par conséquent de bas en haut, contre le canal déférent, les vaisseaux et tous les éléments constituants du cordon spermatique, qui se trouve par là comme pincé dans une espèce de boutonnière toutes les fois que l'homme se livre à des efforts un peu violents. »

Telle est la pathogénie de l'orchite par effort d'après Velpeau. Il est même allé jusqu'à écrire que l'orchite blennhorragique, les tumeurs et la tuberculose testiculaire nécessitaient, pour se produire, l'apparition d'un effort.

Après Velpeau, Vidal de Cassis admet la même interprétation pathogénique et donne pour preuve de son bien-fondé une expérience qui démontre l'action de l'anneau inguinal externe sur le cordon. Elle consiste à introduire le doigt dans le canal entre les deux piliers qui reviennent serrer ce doigt si l'on fait tousser le malade.

Cependant, Vidal de Cassis est plus réservé que Velpeau. Il admet, sans doute, l'existence de l'orchite par effort, pour l'avoir observée, dit-il, mais il a soin d'ajouter : « J'ai la conviction que, plus d'une fois, on l'a admise un peu légèrement », et il renverse l'assertion de Velpeau faisant de l'effort la cause occasionnelle de toute orchite. Pour Vidal, en effet, il arrive souvent qu'une prétendue orchite par effort n'est autre chose qu'une inflammation de l'épididyme due à des tubercules. Aussi, pense-t-il que le nombre des vraies orchites par effort est bien moindre que ce qu'on l'a cru.

La théorie de Velpeau régna seule jusqu'en 1877, époque où parut la première édition du *Traité d'Anatomie topographique* de Tillaux. Dans cet ouvrage, Tillaux explique la production de l'orchite par effort par une contraction énergique du crémaster ; il en résulte que le testicule est brusquement soulevé et contusionné contre le pubis.

Philippe Boyer, dans le nouveau dictionnaire de Jaccoud, admet l'existence de l'orchite et considère comme plus vraisemblable que celle de Velpeau, la théorie pathogénique de Tillaux. Mais, de même que Vidal de Cassis, il reconnaît qu'on doit se méfier des inflammations antérieures de l'urèthre.

Cependant, à cette même époque, une voix discordante se faisait entendre pour battre fortement en brèche l'existence de l'orchite par effort. Duplay publiait, en effet, en 1876, dans les *Archives générales de médecine*, trois observations tendant à démontrer que cette prétendue orchite par effort n'était que la conséquence plus ou moins évidente d'une inflammation blennorrhagique de l'urèthre ou du col de la vessie, d'un excès de coït, de masturbation, d'une continence exagérée, ou bien encore

d'*une tuberculose latente* de l'épididyme. L'année suivante, il revint à la charge en inspirant la thèse d'un de ses élèves, Delôme, qui nia catégoriquement l'orchite par effort.

Mais, cinq ans plus tard, dans sa continuation du Traité de Pathologie externe de Follin, Duplay revient sur son affirmation et sur celle encore plus radicale de Delôme et dit « qu'il ne faudrait pas formuler de conclusion trop absolue ; on possède, ajoute-t-il, un petit nombre de faits bien observés dans lesquels une orchite paraît avoir réellement succédé à un violent effort ».

Depuis lors, Schwartz, Monod et Terrillon, Macaigne et Vanverts ont admis l'existence de l'orchite par effort et la rangent dans la classe des orchites traumatiques. Terrillon, puis Castex, en rapportent chacun un cas intéressant dans les *Annales des maladies des organes génito-urinaires*, le premier en 1885, le second en 1891. Dans son article, Terrillon précise même la théorie pathogénique de Tillaux. Selon Terrillon, le testicule entraîné par le crémaster ne vient pas s'écraser contre le pubis, comme le prétend Tillaux, mais plutôt s'étrangler dans le pédicule des bourses ; étroitement serrée, la glande génitale s'enflamme et reste fixée à la racine des bourses où elle s'atrophie.

Guelliot, de Reims, en 1889, admet l'existence de l'orchite par effort ; mais, pour lui, elle est exceptionnelle. La contraction violente du crémaster qui la produit, peut aussi, d'après Guelliot, amener la rupture d'une veine variqueuse du cordon ou de l'épididyme et l'hématocèle qui en résulte simule à s'y méprendre une orchi-épididymite. C'est ce que Guelliot appelle avec juste raison le *coup de fouet du cordon*, qu'il compare au coup de fouet dû à la rupture des veines du mollet d'après Verneuil.

Il est probable, dit M. Guelliot, que certains cas dia-

gnostiqués « orchite par effort » n'étaient autre chose que des hématomes du cordon ou de l'épididyme.

M. Guelliot basait sa théorie sur trois observations où la douleur brusque, la résolution rapide, l'empâtement mollasse qui persistait depuis quelque temps et la présence de veines variqueuses au niveau du cordon ne laissent aucun doute sur l'exactitude de son diagnostic.

Déjà, en 1888, une année avant Guelliot, Fleury, de Saint-Etienne, publiait, dans la *Loire médicale*, un cas d'hématocèle funiculaire par effort dans lequel une ecchymose très nette du scrotum avait facilité le diagnostic et fait éviter la confusion avec une orchite par effort.

Ainsi donc, à mesure que l'infection est mieux connue et paraît la cause de plus en plus évidente de toute inflammation, elle supplante le traumatisme dans l'étiologie et la pathogénie. Velpeau, qui émettait la théorie pathogénique de l'orchite par effort à une époque où les divers modes de l'infection étaient peu ou mal connus, où l'on ignorait les manifestations tardives de la blennorrhagie et les formes aiguës de la tuberculose testiculaire, attribuait à un effort un grand nombre d'orchites et faisait de cet auto-traumatisme le primum movens de beaucoup d'orchites dont l'origine était probablement infectieuse.

Après Velpeau, la fréquence des orchites par effort diminue sensiblement. Duplay, Terrillon en proclament l'extrême rareté et font même des réserves sur les cas admis comme tels.

Enfin, leurs observations d'hématomes funiculaires amènent Guelliot et Fleury à formuler des réserves plus grandes encore sur les cas publiés antérieurement sous le nom d'orchites par effort.

De là à nier formellement l'existence de l'orchite par effort, le pas était bien petit. Plusieurs auteurs l'ont fran-

chi tout récemment. Mollière et Augagneur, les premiers, dans le *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, se refusent à croire à cette affection et concluent « que c'est sur la dissimulation des malades et l'insuffisance de l'examen de l'urèthre que repose l'histoire de l'orchite par effort ».

Dernièrement, Sébileau, dans le *Traité de chirurgie* de Le Dentu et Delbet, déclare n'avoir jamais observé d'orchite par effort, et après une argumentation très serrée, aboutit à une négation absolue de son existence.

Sans aller aussi loin, notre maître, M. le professeur Forgue, exprime à ce sujet toutes ses réserves et déclare cette affection très rare.

L'existence de l'orchite par effort est donc, à l'heure actuelle, fortement controversée en France. En Allemagne, on ne paraît pas s'être préoccupé de la question. Nos recherches dans la revue *Deutsche Zeitschrift für Chirurgie* et dans les Index bibliographiques, n'ont eu aucun résultat. Dans la *Deutsche Chirurgie*, Kocher se contente d'admettre l'existence de l'orchite par effort en citant à l'appui l'observation de Terrillon que nous relatons plus loin. En Italie, il semble bien que l'existence de l'orchite par effort soit admise par les chirurgiens, si nous en croyons le titre d'une thèse que nous n'avons pu retrouver faute de renseignements exacts.

Il n'y a donc guère que chez nous où la question ait préoccupé les esprits. Mais tandis qu'on l'a examinée simplement au point de vue théorique, la récente loi sur les accidents du travail a fait surgir un point de vue pratique qui sera le nôtre dans le courant de ce travail. Nous essayerons de nous faire une opinion le plus possible précise par l'examen des observations publiées sous le titre d'orchites par effort.

D'autre part, la fréquence toujours croissante de la tuberculose et des maladies vénériennes augmente sans cesse la difficulté du diagnostic et exige du médecin une circonspection infinie dans l'énoncé de son pronostic et, par suite, dans l'évaluation de l'indemnité qui en découle. C'est pourquoi nous relaterons ici une série d'observations qui, sans avoir été relatées comme cas d'orchite par effort, pourraient facilement prêter à confusion par leur analogie avec cette affection.

CHAPITRE II

DISCUSSION DES CAS PUBLIÉS SOUS LE TITRE D'« ORCHITE PAR EFFORT » SANS EXAMEN ANATOMIQUE

« Les cas jusqu'à ce jour observés de prétendue orchite par effort doivent, dit Sébileau, être divisés en trois classes. La première classe comprend toutes les observations que peut à bon droit revendiquer pour elle l'orchite tuberculeuse. Dans la seconde classe rentrent les faits où l'orchite succède à une uréthrite mal observée, dissimulée, ou si légère qu'elle échappe facilement au diagnostic. La troisième catégorie enfin renferme les cas si analogues à la torsion du cordon spermatique qu'on doit les confondre avec cet accident. »

Cette classification de Sébileau est exacte mais doit être complétée. Il existe, en effet, deux autres sortes d'affections qui ont pu être confondues avec l'orchite par effort. Ce sont : d'abord, les cas d'hématome du cordon, dont l'analogie avec l'orchite par effort est si complète qu'il est très facile de les confondre si l'on ne procède à une exploration très minutieuse des organes génitaux ; en second lieu, des tumeurs du testicule dont l'existence longtemps ignorée devient brusquement évidente à la suite d'un effort violent.

Nous avons ainsi cinq catégories d'affections diverses

confondues à maintes reprises avec l'orchi-épididymite par effort. Elle seront examinées dans deux chapitres différents :

Dans ce chapitre II, nous passerons en revue les observations publiées sans examen anatomique à l'appui ; sont dans ce cas : une observation d'orchi-épididymite d'origine uréthrale et tous les cas d'hématome du cordon, sauf un seul.

Le chapitre suivant comprendra les observations avec examen anatomique plus ou moins complet, c'est-à-dire deux cas d'orchi-épididymite tuberculeuse, un cas d'hématocèle par effort, une observation de torsion du cordon, et une de tumeur du testicule. Ces deux dernières observations représentent chacune à elles seules une catégorie de fausse orchite par effort.

En tête des chapitres II et III contenant les observations, nous avons placé un tableau destiné à résumer en quelques mots, tous les renseignements bibliographiques et les caractères cliniques de chacun des cas relatés.

Tableau

Tableau synoptique des Observations de pseudo-orchites par effort, sans examen anatomique

INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES	Age-Profession Ant. Personn.	ETIOLOGIE	SYMPTOMES	DIAGNOSTIC CLINIQUE	TRAITEMENT ÉVOLUTION
Obs. I. — Delôme. Thèse de Paris, 1877.	S. 58 ans, tourneur en cuivre.	Station debout prolongée.	Pollakiurie, douleurs à la miction, urines louches, rougeâtres, nausées, vomissements pituiteux le matin. Testicule et épididyme gros. Prostate sensible ; cathétérisme douloureux au niveau du col vésical.	Pour Delôme : diagnostic incertain. Notre diagnostic est orchi-épididymite tuberculeuse.	Repos. Emollients. Térébenthine. Amélioration.
Obs. II. — Delôme. Thèse de Paris, 1877.	G. ., 18 ans, menuisier. Blennorrhagie 8 mois avant.	Effort pour soulever un fardeau.	Testicule, épididyme et cordon gros, douloureux. La bougie est arrêtée au col vésical et ramène un peu de muco-pus.	Orchi-épididymite par effort. Pour nous le diagnostic est orchi-épididymite blennorrhag.	Repos et cataplasmes. Guérison.
Obs. III. — Delôme. Thèse de Paris, 1877.	L..., 26 ans, cordonnier. Dans les 5 dernières années, 2 blennorrhagies.	Efforts violents dans un déménagement.	Douleur vague. Testicule droit grossit. Ensuite, tumeur comme le poing sur le côté droit du scrotum, peau rouge, luisante, testicule petit, épididyme très gros, douloureux, canal déférent plus volumineux à droite qu'à gauche. Prostate sensible. Cathéterisme douloureux. Sonde ramène un peu de muco-pus.	Orchi-épididymite par effort. Notre diagnostic est orchi-épididymite blennorrhagique.	Repos et cataplasmes. Guérison.
Obs. IV. — Delôme. Thèse de Paris, 1877.	X., 64 ans. A eu blennorrhagie il y a 25 ans ayant duré 3 semaines sans laisser de goutte militaire.	Contusion du pied gauche. Excès de fatigue et de boisson dans les 18 jours précédents.	Testicule droit tuméfié. épididyme épaissi, induré, douloureux. Cordon peu sensible. Pas d'écoulement uréthral. Cathéterisme douloureux dans la région membraneuse et prostatique. La sonde ne ramène rien. Pollakiurie, jet petit, urines louches.	Pour Delôme et pour nous, orchi-épididymite blennorrhagique.	Idem.
Obs. V. — Delôme. Thèse de Paris, 1877.	X., employé de magasin, 44 ans. Blennorrhagie guérie de-	Efforts professionnels, coït très prolongé.	Douleur très vive du testicule droit. Tuméfaction énorme de bourse gauche avec rougeur, chaleur, vaginalite, testicule et épididyme gauche gros et douloureux. Fièvre. A l'ex-	Orchi-épididymite par effort. Pour nous orchi-épididymite blennorrhagique	Sangsues. Cataplasmes. Purgatif salin, potion calmante.

	gistit. aire.		tine.		
Obs. VII. — Pellier. Société de Médecine de Paris (9 juin 1888). Union médicale (6 sep. 1888).	G., 45 ans, homme de peine. Antécédents inconnus.	Faux pas dans un escalier.	Douleur très vive dans l'aine, gonflement de l'épididyme. Cordon douloureux induré, tiraillements jusque dans les lombes. Pas d'écoulement uréthral. Huit jours après l'épididyme devient gros et douloureux. Il survient des douleurs de la miction. On n'a pas exploré l'urèthre. Rien à la prostate et aux vésicules séminales.	Orchi-épididymite par effort. Pour nous orchi-épididymite uréthrale.	Compresses humides. Lavements. Sangsues Guérison.
Obs. VIII. — Guelliot. Union méd. et sc. du Nord-Est (juillet 1889).	X., 46 ans, maçon. Aucune maladie.	Effort violent pour soulever un madrier.	Epididyme volumineux, surtout vers le bas. Testicule gauche gros. Pression douloureuse. Varices du cordon.	Hématome du cordon par effort.	Traitement inconnu. Guérison en 8 à 10 jours.
Obs. IX. — Du même. (Même revue.)	X., 33 ans, maçon. Pas d'antécédents.	Violent effort.	Douleur vive du cordon. Gonflement des bourses. Empâtement englobant le testicule, l'épididyme et le cordon du côté gauche. Pesanteur de ce côté. Varicocèle à gauche.	Idem.	Idem.
Obs. X. — Du même. (Même revue).	M., 22 ans, commis de magasin. Pas d'antécédents.	Effort pour soulever une pièce de drap.	Douleur dans l'aine irradiée le long du cordon. Boudin douloureux et mou à la partie inférieure du cordon. Epididyme douloureux. Varicocèle à gauche.	Idem.	Repos. Bains, suspensoir. Guérison.
Obs. XI. — Fleury. Loire médicale (15 décembre 1888).	S., 20 ans, journalier. Aucune affection antérieure.	Effort pour soulever une caisse.	Douleur vive et soudaine dans l'aine. Cordon dur, volumineux, sensible. Rien à l'épididyme, ni au testicule ni à l'urèthre. Le 5e jour, apparition d'une ecchymose sur le scrotum.	Hématome funiculaire par effort.	Repos. Compresses résolutives. Guérison en 10 jours.
Obs. XII. — Couteaud. Bulletin de la Société de chirurgie (1902, page 1119).	X., 23 ans, matelot. Aucun antécédent.	Effort violent pendant un exercice de débarquement.	Douleur vive dans l'aine gauche. Trois noyaux indurés dans l'épididyme gauche. Cordon gros, bosselé et douloureux. Testicule et urèthre sains. Rien à la prostate ni aux vésicules séminales. Rien à la poitrine.	Pour M. Couteaud : orchi-épididym. p. effort. Notre diag. est hém. funic. p. effort et épid. uréthrale consécutive.	Iodure de potassium. Guérison en trois mois.
Obs. XIII. — Castex. Annales des maladies des organes génito-urinaires (année 1891, page 558).	B., 30 ans, meunier. Fièvre de croissance.	Effort à la suite d'un faux pas en portant un sac de blé.	Tiraillements dans le cordon. Scrotum rouge et tuméfié. Du côté droit le testicule et l'épididyme sont gros et douloureux. Liquide dans la vaginale. Cordon douloureux. Rien à l'urèthre ni à la prostate. Rien à la poitrine.	Pour M. Castex : orchi-épididymite par effort. Pour nous : Hématocèle génitale avec orchi-épididymite urèthrale consécutive.	Repos. Traitement antiphlogistique local. Guérison en 25 jours.

Observation première

(Résumée)

In thèse de Delôme, Paris 1877.

Chrétien S., 48 ans, tourneur en cuivre, entre le 28 juin 1877 dans le service de M. Duplay, pour une orchi-épididymite.

Antécédents. — Il n'a jamais été malade ; pas de maladie vénérienne. Depuis dix à douze ans, envies fréquentes d'uriner, sensation de brûlure au niveau du gland avant et pendant la miction ; n'accuse pas de goutte militaire, mais dit cependant que les lèvres du méat sont humides le matin ; jet petit, sans force, écoulement de quelques gouttes après la miction ; urines louches, troubles, rougeâtres ; pas d'hématurie ni de graviers, pas de pertes séminales ; s'est marié jeune, pas d'excès génitaux. Depuis dix ans également, se plaint de douleur sur le trajet du cordon, surtout pendant et après le travail (le malade travaille debout, le pied gauche sur une pédale, la partie droite supportant tout le poids du corps) ; sensation de brûlure et de tiraillement. Ces douleurs disparaissent par le repos et se reproduisent tous les huit ou dix jours. Douleurs de reins récentes ayant cédé facilement sous l'influence du repos. Pas de syphilis, mais a eu la gourme à six ans. Pas d'alcoolisme

Depuis un an, presque tous les matins, au saut du lit, nausées, vomissements pituiteux avec beaucoup d'efforts ; le malade ne boit qu'un litre de vin par jour, et n'absorbe ni vin blanc, ni alcool. Il fume cinq sous de tabac dans sa journée.

Il y a un mois, l'après-midi, sans autre cause appréciable qu'un travail un peu plus dur, sans toux, vomissement d'un petit verre à liqueur de sang rouge ; depuis, plus rien ; depuis un an, le malade maigrit ; de temps en temps, petites crampes d'estomac ; les forces sont conservées. Rien aux poumons.

Etat actuel. — Tumeur de la bourse droite du volume d'un petit œuf de poule, douloureuse à la pression, avec rougeur et chaleur ;

la peau n'est pas adhérente, le testicule et surtout l'épididyme sont augmentés de volume. Ce dernier est épaissi et induré surtout au niveau de la tête qui forme comme un capuchon. Douleur sur le trajet du cordon, envies fréquentes d'uriner, dix à quinze fois dans la journée, la valeur d'un dé chaque fois; douleurs vives en urinant, au gland surtout, douleur comme fer rouge, urine trouble. Le cathétérisme de l'urèthre avec une bougie à boule est douloureux dans la portion membraneuse et au voisinage du col. Le talon de l'instrument est recouvert de mucus. La prostate est très sensible à son sommet.

Le malade, traité par le repos, les émollients et la térébenthine, voit disparaître peu à peu l'état inflammatoire et il sort de l'hôpital quinze jours après, ne souffrant plus, urinant bien, mais conservant un testicule droit un peu volumineux et un épididyme induré et encore sensible à la pression.

Il semble bien, à la lecture de cette observation, que l'on se trouve en présence d'une tuberculose génitale latente et à marche très lente. Les douleurs ressenties depuis dix ans augmentant par la fatigue, disparaissant par le repos, la douleur de la prostate sans lésions bien apparentes au toucher rectal, cette apparition lente de l'orchi épididymite à la suite d'efforts plus grands et de fatigue prolongée, sont bien le tableau d'une tuberculose génitale. De plus, il y a certainement des lésions urinaires de même nature. Le malade avait, en effet, des urines troubles louches, un jet petit et sans force, des envies fréquentes d'uriner et, pendant la miction, de vives douleurs qui ne laissent aucun doute à cet égard.

L'amaigrissement général et progressif vient confirmer le diagnostic.

Cette forme de tuberculose devait être peu connue à l'époque où écrivait Delôme, puisqu'il hésite à se prononcer et qu'il se contente de conclure : « Nous sommes évi-

demment en présence d'une affection ancienne et profonde des voies urinaires dont la cause nous échappe. »

Quant à l'état gastrique du malade, il ne s'en préoccupe pas autrement. Cependant il est assez sérieux et assez caractéristique. Ces nausées, ces vomissements pituiteux sans alcoolisme, l'hématémèse sont des signes précis d'une lésion très peu connue, il est vrai, il y a trente ans. Actuellement, les manifestations variées de la tuberculose ont été suffisamment étudiées pour qu'il nous soit permis d'admettre que tous les symptômes précédemment décrits étaient le résultat d'une gastrite ulcéreuse due au bacille de Koch.

L'infection bacillaire a pu parfaitement léser l'estomac comme les organes génitaux sans envahir le poumon; peut-être aussi existait-il une de ces formes pleurales ou pleuro-péritonéales si bien décrites depuis quelque temps, mais ignorées encore il y a un quart de siècle, époque où régnait la loi de Louis, d'après laquelle toute manifestation tuberculeuse quelconque devait nécessairement être précédée de tuberculose pulmonaire.

La deuxième classe de pseudo-orchites par effort est celle qui nous offre les exemples les plus nombreux et les plus variés. Nous verrons que si, dans la plupart des observations que comprend cette classe, on retrouve facilement l'origine uréthrale de l'affection génitale, dans certaines cependant cette étiologie est loin d'être manifeste.

Observation II

Cas de prétendue orchi-épididymite par effort

Service de M. Duplay. — In *Archives générales de médecine*, 1876.

G..., âgé de 18 ans, menuisier, entre le 24 juin 1876 à l'hôpital Saint-Louis, salle Saint-Augustin, 43.

Le 18 juin, en voulant soulever un fardeau, il a senti une douleur vive dans l'aine droite, vers l'anneau inguinal externe. Le lendemain, le testicule droit a commencé à gonfler ; bien qu'éprouvant des douleurs, le malade a continué son travail. Le 23 juin, il dut l'interrompre, la douleur et le gonflement ayant beaucoup augmenté. A cette époque, le testicule avait la grosseur d'un œuf de poule.

Le malade dit avoir eu, il y a huit mois, une blennorrhagie qui ne dura qu'une semaine. Après sa guérison, il n'a remarqué la persistance d'aucune espèce d'écoulement ; il n'a jamais éprouvé la moindre difficulté pour uriner.

Etat actuel, 25 juin. — Le testicule offre presque la grosseur d'un œuf de poule. L'épididyme forme comme une coque dure qui englobe le testicule.

Il ne paraît pas y avoir de liquide dans la tunique vaginale. Le cordon est gros, induré et douloureux.

Il n'existe pas d'écoulement apparent ; toutefois, en pressant sur le canal, on fait apparaître au méat une légère gouttelette de muco-pus.

Une bougie à boule n° 20, introduite dans le canal, passe sans rencontrer d'autre obstacle qu'une certaine résistance, accompagnée d'un peu de douleur, au niveau du col vésical. L'instrument ramène sur son talon un peu de muco-pus.

Le toucher rectal fait constater que la prostate est normale.

Pas d'antécédents suspects du côté de la poitrine.

L'auscultation et la percussion ne révèlent aucun phénomène morbide.

Repos et cataplasmes.

28 juin. — Le testicule est notablement moins gros. Le cordon est moins dur et à peine sensible.

3 juillet. — Le malade quitte l'hôpital. Le testicule est presque revenu à son volume normal ; la douleur a disparu.

Observation III

(Résumée)

In thèse de Delôme. Paris, 1877.

L... (Alphonse), cordonnier, 26 ans, entre le 16 juillet 1877 à l'hôpital Saint-Louis (service de M. Duplay) pour une tumeur dans les bourses.

Cet homme nous raconte qu'il a contracté deux blennorrhagies dans l'espace de ces cinq dernières années, l'une en 1874, qui dura deux mois, l'autre dans le cours de cette année, qui dura trois mois. Depuis lors, il n'a plus eu d'écoulements, il urine bien et sans douleur. Il y a quatre jours, il fit de grands efforts pour un déménagement, et il attribue son mal à ces efforts. Le soir même, en effet, il éprouva au niveau du canal inguinal droit une douleur vague qui alla en augmentant jusqu'au jour de son entrée. En même temps, son testicule droit augmentait de volume. Actuellement, on voit du côté droit du scrotum une tumeur grosse comme le poing ; la peau est, à ce niveau, rouge et luisante. A la palpation, peau chaude, épaissie, testicule peu développé, épididyme très gros (œuf de poule), très sensible à la pression; canal déférent droit plus volumineux que le gauche. Prostate douloureuse, surtout au sommet.

Dès le début, léger écoulement par l'urèthre. Pas de rétrécissement, mais vives douleurs à l'exploration lorsque la sonde arrive à 13 1|2 centimètres et 15 3|4 centimètres. Le talon de la sonde ramène un peu de muco-pus.

Rien aux poumons.

Observation IV

In thèse de Delôme. Paris 1877.

X..., 64 ans (salle Saint-Augustin, service de M. Duplay), entre pour une contusion du pied gauche ; le lendemain, gonflement du testicule droit avec signes inflammatoires (douleur, rougeur, chaleur) ; l'épididyme surtout est épaissi, induré et douloureux. La sensibilité du cordon n'est pas notable. L'urèthre, pressé, ne laisse rien suinter, et le cathétérisme détermine de la douleur aux environs des portions membraneuse et prostatique. Le talon de la sonde ne ramène rien. Le toucher prostatique ne donne rien.

Les urines sont chargées, fréquentes, le jet est plus petit, a moins de force et quelques gouttes d'urine tombent dans le pantalon après la miction. Interrogé, le malade dit avoir eu, il y a vingt-cinq ans, une blennorrhagie qui aurait duré trois semaines, sans être suivie de goutte militaire.

Naturellement. le malade rapporte à sa contusion du pied gauche son orchi-épididymite du testicule droit, mais, en le pressant un peu, on apprend que dans les dix-huit jours précédents, il a fait des excès de fatigue et surtout de boisson, et quelquefois déjà, à la suite des mêmes causes, il avait constaté quelques légers troubles de la miction.

Observation V

(Résumée)

In thèse de Delôme. Paris, 1877.

X..., employé de magasin, est obligé de faire des efforts répétés de par sa profession. Après un surcroît de travail il ressentit, dans son testicule droit, de la pesanteur, puis de la sensibilité exagérée et enfin une douleur très vive augmentant pendant la station de-

bout, la marche, et sous la pression, avec accompagnement de signes inflammatoires d'une très grande intensité. La bourse gauche avait la grosseur des deux poings réunis : rougeur, chaleur, tension des tissus épaissis et œdématiés, vaginalite avec épanchement non transparent, testicule gros, très douloureux, épididyme énorme, empâtement et douleur se continuant au niveau du canal déférent qui est augmenté de volume, ainsi que les autres éléments du cordon. Etat fébrile.

Le médecin appelé fait appliquer douze sangsues et des cataplasmes sur les bourses relevées. Purgatif salin, potion calmante.

Dix jours après, la bourse gauche était très volumineuse, la peau non adhérente, le testicule et l'épididyme gauche étaient encore très gros (œuf de dinde) ; le canal déférent gauche plus gros que celui du côté opposé. Tous ces organes étaient sensibles à la pression. L'exploration de l'urèthre et de la prostate ne révéla qu'une sensibilité un peu exagérée ; le talon de la sonde ne ramena pas de mucus.

Le malade avait eu une blennorrhagie remontant à une époque très éloignée et ne paraissant pas avoir laissé de traces. Pas de rétrécissement, pas de trouble fonctionnel du côté de la miction, pas de traumatisme ; santé toujours parfaite, pas de rhumatisme. Pas de traces de syphilis, mais plutôt de chancres mous et de bubons datant d'une dizaine d'années.

A quoi fallait il attribuer la production de cette orchite ? En interrogeant le malade, il finit par raconter qu'il avait l'habitude de prolonger indéfiniment le coït jusqu'à trois quarts d'heure en suspendant l'achèvement à plusieurs reprises.

Observation VI

(Résumée)

In thèse de Delôme. Paris, 1877.

Le nommé Chaune, âgé de 53 ans, facteur au télégraphe, entre à l'hôpital Saint-Louis, salle Saint-Augustin (service de M. Duplay).

Cet homme raconte qu'il a eu plusieurs maladies vénériennes

(chancre mou, bubon, blennorrhagie), mais il n'a jamais eu la syphilis.

Première blennorrhagie à 19 ans, en 1843 ; deuxième blennorrhagie en 1860, elle dure deux mois sans rien offrir de particulier. Depuis lors, le malade se considérait comme guéri lorsque,en 1875, quinze ans après sa seconde blennorrhagie, en faisant un léger effort pour soulever une brassée de bois, il fut pris d'une douleur subite suivant le trajet du cordon, suivie d'une tumeur dans la bourse droite qui devient rouge et douloureuse. Ces accidents disparaissent sous l'influence de cataplasmes.

Il y a six mois, le malade s'aperçut qu'il urinait souvent et difficilement, avec parfois une sensation de cuisson. Il y a trois semaines, nouvelle épididymite survenue sans cause apparente. Sous l'influence de bains de siège et de cataplasmes, l'amélioration s'est rapidement produite.

Actuellement on trouve le testicule et l'épididyme augmentés de volume. La peau est saine, sans adhérences ; le testicule est peu douloureux, l'épididyme est épaissi, induré, sa queue forme un capuchon, mais l'induration porte sur toute la masse. Le cordon et le canal déférent paraissent sains. La prostate est sensible au toucher. Point d'écoulement au méat. A l'exploration de l'urèthre, seule une petite bougie n° 1 de la filière Charrière peut pénétrer dans la vessie.

Observation VII

Orchi-épididymite par effort.

(Observation lue à la Société de médecine de Paris, dans la séance du 9 juin 1888, par M. Pellier.)

M. J..., âgé de 45 ans, employé comme homme de peine dans un magasin, descendait dans un escalier dix-huit petites caisses, le 31 mars dernier : il fait un faux pas, saute d'un coup deux marches en faisant un violent effort pour retenir les caisses.

Au même instant, il ressent une douleur dans l'aine droite, douleur si forte qu'il en jette un cri. Il se repose un instant, puis ne

ressent que peu de douleur dans le reste de la journée. Le lendemain dimanche et le lundi matin, simple pesanteur dans l'aine. Mais le lundi soir, vers quatre heures, après avoir marché, la douleur reparaît plus violente que la première fois, et le mardi matin, vers sept heures, étant retourné à son travail, J... n'a pu le continuer, est rentré chez lui et a dû se coucher.

Le lendemain 4 avril, J... va consulter M. Pellier, qui lui conseille le repos. Le 5 avril, M. Pellier va visiter le malade et constate un *gonflement de l'épididyme* assez prononcé vers la queue pour envelopper déjà, sous forme de casque, le testicule. *Gonflement douloureux à la pression* sans qu'il en soit de même au niveau de la glande. Le *cordon est douloureux* aussi dès qu'on arrive au canal déférent qui *est induré* et continue l'épididyme sous forme d'un canal résistant. La tension est manifeste aussi au niveau du trajet du canal inguinal et la peau, sans rougeur, présente un peu de tuméfaction. Des tiraillements se font sentir jusque dans la région lombaire.

L'attention de M. Pellier se porte immédiatement sur l'urèthre et le méat où il ne constate *aucun signe d'écoulement* après un minutieux examen. Il prescrit de maintenir les bourses relevées, une pommade résolutive et trois sangsues sur le trajet du canal inguinal.

Le 7 avril, tous les symptômes déjà décrits ont augmenté, et, le 12 avril, le testicule, jusqu'alors épargné, est gonflé, douloureux ; l'épididyme l'emboîte presque complètement, le cordon ne permet plus de mouvoir la masse enflammée.

Les jours suivants, cette masse augmente un peu, mais sans signes nets d'épanchement séreux dans la vaginale. Quelques douleurs se font sentir alors à la miction, non pas le long du canal, mais profondément, sous forme de cuisson, surtout au début. Nulle trace d'écoulement néanmoins. La médication consiste en compresses résolutives, lavements et nouvelle application de sangsues.

Le 15 avril, tous les symptômes s'amendent, le canal déférent est moins douloureux, l'épididyme diminue. On peut soulever le testicule et plier le cordon.

Deux mois après, l'état du malade est le suivant : masse glandulaire droite un peu plus volumineuse que la gauche. Le testicule

est indolore, l'épididyme est très légèrement sensible à une assez forte pression entre les doigts, mais il n'y a ni irrégularités ni bosselures, ni nodosités. Le canal déférent n'a pas sa souplesse normale, mais peu s'en faut. Au toucher rectal, on ne constate rien d'anormal, ni comme douleur, ni comme modification dans le volume de la prostate ou des vésicules séminales.

Ainsi donc, sur six cas, cinq ont une étiologie nettement uréthrale ; il n'est plus permis d'en douter actuellement, car on connaît très bien les manifestations tardives de la blennorrhagie. Les trois premiers cas ont une évolution très simple et très nette. La blennorrhagie y est avouée, constatée ; l'effort est simplement révélateur de l'orchi-épididymite.

Mais chez les malades des observations III et IV, il n'y a pas eu un effort unique, mais plutôt une série d'efforts, un excès de fatigue et aussi de boissons qui ont sûrement réveillé l'ancienne lésion uréthrale et provoqué l'infection orchi-épididymaire.

Chez les trois premiers malades, on retrouve des traces évidentes de leur blennorrhagie, quelque ancienne qu'elle soit. D'ordinaire, c'est du muco-pus ramené par le talon de la sonde ; quelquefois, comme dans l'observation IV, le cathétérisme provoque simplement une douleur au niveau d'une vieille lésion uréthrale. Chez tous, on a la preuve qu'il existe une uréthrite postérieure, au niveau de ce que Guépin appelle le foyer infectieux prostato-génital : c'est de là, en effet, qu'est partie l'infection des organes génitaux.

Dans les observations V et VI on retrouve la blennorrhagie dans les antécédents, mais la production de l'orchi-épididymite a eu lieu d'une façon toute différente.

Dans l'observation V on remarque d'abord que le

malade avait provoqué l'orchi-épididymite en maintenant ses organes génitaux dans un état de congestion et d'irritation considérable par un coït quotidien indéfiniment prolongé (jusqu'à trois quarts d'heure). De plus, Delôme fait remarquer que cet homme avait normalement des testicules très développés et il ajoute que c'est là une prédisposition à l'orchi-épididymite blennorrhagique. Qu'y a-t-il de fondé dans cette assertion ? On ne saurait trop le dire. Mais il est à noter, en effet, que cette coïncidence est au moins assez exacte. On pourrait l'expliquer par ce fait que les sujets à gros testicules sont, d'ordinaire, très développés physiquement, aussi dépensent-ils naturellement beaucoup de forces. Ils imposent ainsi à leurs testicules une fatigue, des contusions et des froissements exagérés que le restant de leur organisme supporte au contraire sans peine.

L'observation VI nous offre cette particularité intéressante que l'orchi-épididymite paraît avoir été le premier symptôme apparent d'un rétrécissement uréthral qui, d'ailleurs, a causé d'autres récidives. Il est donc démontré d'une autre façon que l'exploration de l'urèthre est absolument indispensable pour se prononcer sur la pathogénie d'une orchite dont l'effort paraît être le point de départ.

Cependant, c'est justement ce cathétérisme explorateur qu'a négligé de faire M. Pellier chez le malade qui fait l'objet de l'observation VII.

Il a oublié d'abord de nous apprendre si le malade avait eu une blennorrhagie. Il fait remarquer ensuite qu'il a examiné attentivement l'urèthre, mais en pressant seulement sur le canal pour en exprimer la gouttelette de pus qui aurait pu exister. Il semble bien que, pour si attentif qu'il soit, cet examen ne saurait suffire, s'il n'est accompagné du cathéterisme explorateur. Or, précisément, dans

les réflexions qui font suite à l'observation, M. Pellier avoue qu'il a négligé d'explorer l'urèthre. Cependant les douleurs éprouvées par le malade durant la miction auraient dû amener le médecin à en rechercher la cause. La pathogénie de Velpeau, c'est-à-dire le pincement du cordon par les fibres du grand droit admise par M. Pellier ne pouvait guère, dans le cas d'orchite par effort, expliquer les douleurs de la miction, puisque l'urèthre et la vessie n'étaient pas atteints par la contusion. D'autre part, un auto-traumatisme du testicule par contraction brusque du crémaster, sans infection concomitante, ne pouvait pas produire des douleurs à distance et *surtout* des douleurs tardives. Ainsi en tenant compte de ces douleurs urinaires et tardives on devait être amené à soupçonner l'existence d'une inflammation d'origine uréthrale et par suite à déterminer sa cause par l'exploration du canal. Il paraît vraisemblable que M. Pellier s'est trouvé en présence d'un malade qui a eu la blennorrhagie peut-être même sans s'en douter, car en dehors des hommes qui appellent « *petit échauffement* » une blennorrhagie de courte durée, il existe des cas de sujets se surveillant très peu qui laissent passer inaperçu un écoulement uréthral plus ou moins indolore. Nous irons même plus loin dans notre hypothèse. Il n'est pas même nécessaire qu'il y ait eu blennorrhagie ; on sait, en effet, que le gonocoque, comme d'autres microbes, peut exister dans l'urèthre à l'état de saprophyte. Il est donc permis de supposer que le malade de M. Pellier était peut-être porteur de gonocoques saprophytes dont la virulence ressuscitée, pour ainsi dire, par un excès de fatigues, de boissons, en un mot par une excitation anormale de l'urèthre et des organes génitaux, a déterminé

une inflammation d'abord latente des voies génitales qu'un effort violent aura ensuite brusquement révélée.

Nous en arrivons maintenant à la troisième classe d'affections susceptibles d'être confondues avec l'orchite par effort : l'hématome du cordon survenant à la suite d'un effort.

Cet accident est connu depuis fort longtemps. Percival Pott, le premier, en porte le diagnostic sur un jeune homme qui se fit un hématocèle funiculaire en allant à la selle. — Velpeau, qui l'étudia ensuite, lui attribuait la même pathogénie qu'à l'orchite par effort, c'est-à-dire le pincement du cordon par des fibres du grand droit.

Après lui, Béraud écrivit, dans les Archives générales de médecine, un long article sur les diverses variétés d'hématomes du cordon. Il y rapporte des observations intéressantes dont une, que nous avons transcrite, fut contrôlée par l'opération. — Nous l'avons placée, pour ce motif, dans le chapitre III, qui contient les observations avec examen anatomique.

Plus récemment, Fleury de St-Etienne a publié un cas très net d'hématome du cordon à la suite d'un effort, et Guelliot, de Reims, dans un opuscule qu'il nous a gracieusement envoyé, en relate trois cas dans lesquels une palpation minutieuse lui permit seule de faire le diagnostic. Il s'est basé sur l'examen de ses trois malades pour donner de cette affection les caractères diagnostiques suivants : son siège ordinaire à gauche à cause de la fréquence des varicocèles de ce côté, ses limites mal circonscrites, son peu d'intensité, sa guérison rapide en huit à dix jours, et la présence de dilatations veineuses qui ne sont souvent appréciables qu'après la résolution de l'épanchement sanguin.

La fréquence relative de cet accident, son analogie

frappante avec la prétendue orchite par effort, justifient la place que nous lui donnons dans ce travail. Comme nous le verrons plus loin, il est fort probable que la confusion entre les deux affections s'est produite en plusieurs circonstances. Aussi y a-t-il tout intérêt à être bien prévenu de leur analogie et, par suite, de l'attention minutieuse que nécessite leur diagnostic différentiel.

Observation VIII

(Publiée dans l'*Union Médicale et Scientifique du Nord-Est*, juillet 1889, par le docteur Guelliot, de Reims)

En juin 1885, un maçon, âgé de 46 ans, vient me consulter pour un gonflement du testicule gauche. La veille, il soulevait un lourd madrier lorsqu'il ressentit une douleur vive dans les bourses. Il n'a pu continuer son travail, mais il a pu venir me trouver, bien que la marche fût un peu douloureuse. La peau du scrotum est rougeâtre (il y a eu des frictions d'eau-de-vie camphrée) ; le testicule gauche est un peu plus gros que le droit, il n'y a pas d'épanchement dans la vaginale. L'épididyme paraît notablement augmenté de volume ; il est assez régulier, mais plus volumineux vers le bas ; la pression est douloureuse. En somme les signes sont ceux d'une épididymite subaiguë. Cet homme n'a pas d'uréthrite et n'a jamais eu de blennorrhagie ; son passé génital ne compte que quelques chancres volants vers 1865.

Faut-il donc diagnostiquer : épididymite par effort ?

Le quatrième jour, je suis assez étonné de constater que la douleur a disparu, que l'épididyme est intact, mais qu'il reste vers la tête de l'organe un noyau ne paraissant faire corps qu'incomplètement avec lui. En même temps, je m'aperçois que les veines du cordon sont légèrement variqueuses.

Le dixième jour l'ouvrier reprenait son travail : le noyau était notablement diminué. Il avait les caractères d'un petit épanchement sanguin circonscrit.

Observation IX

(In *L'Union Médicale et Scientifique du Nord-Est*, juillet 1889. par le docteur Guelliot, de Reims.)

Le 1er décembre 1887, un ouvrier maçon fait un violent effort qui a pour conséquence immédiate un tour de reins, puis une douleur le long du cordon. Le gonflement des bourses est appréciable à première vue : cependant, à la palpation on sent peu de chose, une sorte d'empâtement englobant le testicule et surtout l'épididyme et la partie inférieure du cordon du côté gauche. Cette exploration est du reste peu douloureuse au moment où le docteur Guelliot voit le malade, le 5 décembre : à la marche, le malade éprouve une sensation de pesanteur, et spontanément une douleur vague remontant le long du cordon jusqu'aux lombes. Marié, père de 4 enfants, il n'a jamais eu d'uréthrite.

Le 10 décembre, amélioration suffisante pour que cet homme puisse reprendre son travail. L'empâtement avait disparu, sauf au niveau de la queue de l'épididyme et de la naissance du cordon. Cette portion du canal séminal était comme noyée dans une atmosphère *molle d'où émergeaient quelques veines dilatées*.

Observation X

(L'Union médicale et scientifique du Nord-Est, juillet 1889. Par le docteur Guelliot, de Reims).

M..., 22 ans, ne sait pas qu'il est porteur d'un léger varicocèle gauche ; il vient de faire son volontariat et n'a jamais ressenti la moindre gêne dans les bourses.

Le 23 septembre 1888, en soulevant une lourde pièce de drap, il

ressent au niveau de l'aine une douleur qui s'irradie le long du cordon. Le soir, la marche devient pénible.

Le 24, la douleur, tout en s'étendant le long du cordon, est plus accentuée, en bas, vers l'épididyme. A la palpation, on sent, à gauche, les veines spermatiques plus longues et plus volumineuses qu'à droite ; elles ne sont ni serpentines, ni bosselées. La partie inférieure du cordon, dans une hauteur de quatre centimètres est occupée par un boudin douloureux à la pression, mou, ayant le volume du pouce ; sa base repose sur l'épididyme qu'il déborde ; son extrémité supérieure est moins nette.

Quelques jours de repos, des bains, un suspensoir suffisent pour amener la résolution.

Observation XI

(Résumée)

Hématocèle funiculaire par effort. Par le docteur Fleury. (*Loire médicale*, 15 décembre 1888.)

Le 12 juillet 1888, S..., journalier, âgé de 20 ans, déclare à son chef de service qu'en essayant de soulever une caisse du poids de 400 kilog., il vient de se faire un effort et qu'il éprouve une vive douleur dans le pli de l'aine gauche ; il rentre chez lui, fait quelques applications sur la région douloureuse et va trouver le docteur Fleury le lendemain matin.

13 juillet. — Le malade, en racontant l'accident, insiste sur la soudaineté de la douleur et sur l'absence de traumatisme direct.

A l'inspection, rien d'anormal ni comme coloration, ni comme volume.

A la palpation, on ne trouve ni hernie, ni varicocèle, mais au niveau du canal et au-dessous sur le trajet du cordon, on provoque une vive douleur; de plus, le cordon est dur, doublé de volume et très sensible ; l'épididyme et le testicule sont sains et indolores.

L'examen de l'urèthre ne dénonce rien d'anormal. Le malade nie toute affection vénérienne antérieure. On prescrit des compresses résolutives et le repos.

17 juillet. — Apparition d'une ecchymose qui recouvre la peau des bourses en avant et à gauche et remonte jusqu'à l'anneau inguinal gauche. Cordon toujours gros et douloureux ; pas d'œdème du scrotum, ni de liquide dans la vaginale ; épididyme et testicule toujours intacts ; pas d'écoulement uréthral.

Le diagnostic est donc : hématocèle funiculaire par effort.

Dix jours après, le malade, guéri, reprend son travail.

Observation XII

Cas d'orchite par effort, par M. Couteaud, médecin principal de la marine (*Bulletin de la Société de chirurgie*, 1902, page 1119)

Un matelot, homme de 23 ans, au cours d'exercices violents de débarquement, ressent tout à coup, le 23 mai 1901, une douleur assez vive et comme une déchirure dans l'aine gauche. Il ne s'arrête pas pour cela, et ce n'est que le surlendemain qu'il se présente à la visite médicale.

M. Couteaud constate l'existence dans l'épididyme gauche de trois noyaux indurés, l'un à la tête, l'autre au corps, le troisième à la queue de l'organe. Le cordon est gros et bosselé, fort douloureux à la pression. Le testicule est absolument sain. Pas d'écoulement uréthral ; la bougie à boule ne ramène non plus sur son talon aucune trace de pus ni de liquide. Le malade nie toute uréthrite antérieure.

Le toucher rectal ainsi que l'examen de la poitrine sont négatifs. L'homme est vigoureux ; il a toutes les apparences de la santé.

M. Couteaud n'en porte pas moins, en raison des caractères cliniques de la tuméfaction et de sa localisation à l'épididyme et au cordon, le diagnostic d'épididymite tuberculeuse. Son opinion ne se modifia que par la suite, lorsqu'il put assister à la disparition complète de toute lésion appréciable.

En effet, cet homme, resté en observation, est soumis pour unique traitement à la prise quotidienne d'iodure de potassium, à la dose de 2 à 3 grammes ; les indurations épididymaires diminuent progressivement, puis s'évanouissent. Au bout de trois mois, il ne

restait plus rien d'anormal dans toute l'étendue de l'épididyme. Il faut y regarder de près pour reconnaître que le canal déférent est tant soit peu plus volumineux à gauche qu'à droite.

M. Couteaud renvoie à ses occupations le malade et le considère comme absolument guéri. Il avait, en moins de trois mois, absorbé 207 grammes d'iodure de potassium.

Observation XIII

Publiée dans les *Annales des Maladies des organes génito urinaires* 1891 p. 558), par le docteur And. Castex

H. B..., 30 ans, meunier, n'a aucun antécédent morbide, sauf les fièvres de croissance pour lesquelles il est resté une huitaine de jours au lit. Pas de scrofulose Jamais de blennorrhagie.

Le 30 janvier 1890, cet homme portait sur ses épaules un sac de blé de 120 kilos et montait sur une planche inclinée. La planche était humide si bien que son pied droit glissa, et pour ne pas tomber, il se raidit violemment : mais, au même moment, il sentit comme un tiraillement dans le cordon. Je me suis bien assuré qu'à ce moment il n'y avait pas eu de coup reçu. Ceci se passait à 5 h. du soir et néanmoins le malade put continuer son travail jusqu'à 6 h. Le soir, en se couchant, il ne constatait rien de particulier. Le lendemain matin, au réveil, un peu d'endolorissement dans le testicule droit ; vers 9 heures, après avoir repris son travail, cet homme fut obligé de l'interrompre parce que les douleurs augmentaient et que le testicule devenait gros.

J'examine le malade le lendemain de l'accident vers 3 heures, et je constate que le scrotum est rouge et tuméfié à droite. Le testicule et l'épididyme sont gonflés, douloureux ; celui-ci surtout dans sa moitié inférieure. Très petite quantité de liquide dans la vaginale. Le scrotum est adhérent au niveau de la moitié inférieure de l'épididyme.

Le cordon est sensible, mais sans augmentation de volume; mon impression est qu'il s'agit d'une épididymite tuberculeuse.

Pendant cinq jours le malade garda le repos au lit avec un trai-

tement antiphlogistique local. Je le revis huit jours après mon premier examen : les phénomènes inflammatoires avaient diminué, mais l'augmentation de volume et les indurations persistaient. Je l'examinai alors très attentivement et pus me convaincre qu'il n'y avait rien ni au col de la vessie, ni à la prostate. Cet homme n'a jamais toussé et dans ses antécédents de famille on ne trouve aucun indice de tuberculose.

Peu à peu tous les phénomènes ont disparu. Le malade n'a suspendu son travail que pendant neuf jours environ.

Vingt jours après son accident, il n'en sent plus les effets. Je l'ai revu encore le 10 avril et j'ai constaté sa guérison. Le testicule droit est resté un peu plus volumineux que le gauche, ainsi que l'épididyme dans sa moitié inférieure mais toutes les parties sont souples. L'orifice inférieur du trajet inguinal droit est normal, et cependant on en sent très nettement le contour qui est un peu tranchant. Dans l'effort, le testicule est soulevé, mais sans arriver jusqu'au contact du pubis.

Le mécanisme du cas est obscur, mais c'est encore par la contraction du crémaster et la contusion du testicule sur cet orifice inguinal, rigide et tranchant, qu'il me paraît plus logique de l'expliquer.

A la lecture des observations de M. Fleury et de M. Guelliot, on ne peut hésiter à admettre leur diagnostic. La douleur brusque et violente qui disparaît ensuite assez rapidement, l'évolution rapide en quelques jours de la maladie, la douleur localisée au cordon et l'ecchymose scrotale dans le cas de Fleury, éloignent la pensée d'une orchi-épididymite vraie ; ce sont là, en effet, les signes nets que Pott, Velpeau, Béraud, Nélaton avaient déjà attribués à la rupture des veines du cordon.

A ces symptômes, M. Guelliot en ajoute un autre très important parce qu'il explique la production de la rupture de ces veines ; c'est la coexistence d'un varicocèle chez les malades ainsi atteints, coexistence qui entraîne

avec elle la prédominance à gauche de cette pseudo-orchite. On devine aisément quelle influence considérable la dilatation due au varicocèle est susceptible d'exercer sur la rupture veineuse par effort. Cette dilatation varicocéleuse, en effet, a une double conséquence : elle affaiblit d'abord les parois veineuses, non seulement en les amincissant, mais encore en altérant leurs tissus par les lésions propres au varicocèle. En second lieu, elle augmente le calibre des vaisseaux, et, par suite, la surface de section qui supporte la pression de la colonne sanguine et de la masse intestinale, pression exagérée, pendant l'effort, par la contraction des muscles abdominaux.

Comme la pression exercée par une colonne liquide est proportionnelle au carré de la section du contenant, on voit qu'il est possible de calculer mathématiquement, pour ainsi dire, l'influence malheureuse de la dilatation des veines dans le varicocèle. Ces considérations nous permettent donc de concevoir avec quelle facilité peuvent se produire les ruptures sur des vaisseaux diminués dans leur résistance par des causes si nombreuses et si diverses.

Dans les trois cas de Guelliot et dans celui de Fleury, la rupture des veines funiculaires et ses suites évoluent, comme nous venons de le voir, avec leur maximum de netteté et de simplicité ; il n'en est plus de même dans les observations qui suivent. L'hématome funiculaire s'y complique du côté de l'épididyme et du testicule.

Quelles sont les réflexions de M. Couteaud sur le malade qu'il a soigné ? D'après lui, il y a eu « épididymite par effort, due à l'exagération de la pression abdominale produisant un désordre vasculaire mécanique, c'est-à-dire la rupture de vaisseaux épididymaires ou péri épididymaires et, par suite, la formation d'hématomes ». Et

M. Couteaud ajoute que cette sorte d'orchite peut se compliquer d'inflammation due aux bactéries, hôtes habituels des voies urinaires. M. Couteaud ne pouvait pas mieux expliquer le mécanisme du cas qu'il a observé. Malheureusement, il identifie les pathogénies différentes de deux affections distinctes. Lorsqu'il y a rupture de vaisseaux épididymaires ou péri-épididymaires sans inflammation, comme il le reconnaît lui-même, on n'a pas le droit d'appeler ces troubles vasculaires « orchite par effort » ainsi qu'il le fait. On doit leur donner simplement le nom d'hématomes, par effort, du cordon ou de l'épididyme. C'est là justement le cas des malades de Guelliot et de la dizaine de malades à guérison rapide, que M. Couteaud nous dit avoir observés avant celui dont il nous raconte l'histoire. Mais lorsqu'il y a inflammation vraie, orchite véritable, consécutivement à l'hématome, il faut distinguer l'une de l'autre les deux affections : l'hématome, dû à l'effort, a mis l'épididyme et le testicule en état de réceptivité plus grande vis-à-vis des microbes de l'urèthre, et le sang ainsi épanché a servi de bouillon de culture à ces agents infectieux. Il s'est constitué alors une orchi-épididymite banale, complètement indépendante de l'hématome primitif au point de vue pathogénique, malgré qu'elle soit tributaire au point de vue étiologique : l'effort en est certainement la cause occasionnelle et indirecte, mais l'infection en est la seule et véritable cause pathogène. Le chirurgien voit donc évoluer deux maladies consécutives et différentes : l'hématome, d'ordinaire bénin et de courte durée, et, ensuite, l'orchi-épididymite, qui persiste beaucoup plus longtemps et d'allure plus grave quant aux symptômes et quant au pronostic.

Cette double évolution, nous la retrouvons, nous semble-t-il, dans l'observation de M. Castex. Ce chirurgien

nous prévient qu'il a cru d'abord être en présence d'une tuberculose génitale, et qu'il a été amené, malgré lui, au diagnostic « d'orchite par effort » en suivant l'évolution de la maladie. Comme lui, nous ne croyons pas à l'existence d'une tuberculose testiculaire chez son malade.

La brusquerie de la douleur et surtout la guérison rapide du mal éloignent ce diagnostic de notre esprit. Mais ces deux symptômes joints à l'absence de lésions uréthrales et à la présence de petits noyaux indurés comme chez le malade de M. Couteaud, nous permettent de soupçonner, sinon d'admettre complètement, l'analogie de ces deux cas. Il nous sera plus facile de constater cette analogie et de fixer exactement notre diagnostic après avoir examiné l'observation avec examen anatomique rapportée par Béraud et que nous avons placée, un peu à contre-cœur, dans le chapitre suivant, pour satisfaire à la division méthodique de ce travail.

CHAPITRE III

DISCUSSION DES CAS PUBLIÉS AVEC LE TITRE D' « ORCHITE PAR EFFORT » AVEC EXAMENS ANATOMIQUES

Ainsi que nous l'avons déjà annoncé, ce chapitre III comprendra les cas de prétendue orchite par effort suivis d'examen anatomique. A ce titre, il contiendra deux observations de tuberculose génitale et une d'hématome du cordon. Enfin nous y avons placé deux observations qui représentent, chacune, une classe spéciale d'affections susceptibles d'être confondues avec l'orchite par effort. Comme on le voit, la catégorie des orchi-épididymites d'origine uréthrale est la seule qui ne soit pas représentée dans ce chapitre. La guérison naturelle de cette affection explique l'absence d'opérations dont la nécessité ne se fait pas sentir.

Nous résumons dans le tableau suivant les observations comprises dans ce chapitre.

Tableau

Tableau synoptique des Observations de pseudo orchites par effort suivies d'examen anatomique

INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES	Age-Profession Ant. personn.	ETIOLOGIE	SYMPTOMES	DIAGNOSTIC CLINIQUE	TRAITEMENT ÉVOLUTION
Obs. XIV. — Duplay. Archives générales de médecine, p. 353 (année 1876).	BAUDRY. 29 ans, boucher, chancres mous et blennorrhagie il y a 4 ans.	Effort pour soulever un quartier de bœuf.	Douleur dans l'aine gauche. Cordon gauche, gros, dur et douloureux. Testicule volumineux et induré du côté gauche. A l'exploration la bougie est arrêtée à 13 1|2 cent. On ne sent rien par le toucher rectal. Rien à la poitrine. Quinze jours après, peau du scrotum rouge et adhérente, testicule et épididyme bosselés. Fluctuation.	Orchi-épididymite par effort. La suite montra qu'il s'agissait d'une tuberculose génitale.	D'abord repos et cataplasmes, plus tard incision qui donne issue à du pus bien lié. Evolution inconnue.
Obs. XV. — Du même (même revue).	CHEVREUL, 28 ans, layettier, blennorrhagie 9 ans auparavant.	Effort pour soulever un fardeau.	Vive douleur dans l'aine droite. Pollakiurie. Jet d'urine plus faible. Testicule, épididyme et cordon droits durs, douloureux et assez gros. A l'exploration, la bougie est légèrement arrêtée au niveau du col vésical qui est douloureux. Elle ramène un peu de muco-pus. Vésicules séminales distendues, épaissies ; nodosités dans la prostate. Rien aux poumons. Vingt jours après, adhérences de la peau scrotale et formations successives de collections liquides.	Idem.	Repos au lit. Cataplasmes, incision des poches qui donne issue à du pus bien lié. Evolution inconnue.
Obs. XVI. — Béraud, Archives générales de médecine (année 1851, vol. 8, page 281)	N..., 50 ans, profession et antécédents inconnus.	Effort violent pour soulever un corps pesant.	Sensation de déchirure à l'aine droite Apparition d'une tumeur transparente à sa partie inférieure, opaque à sa partie supérieure. Testicule gros et douloureux à droite.	Hématocèle du cordon, compliquée d'orchite et d'hydrocèle, ce diagnostic est celui de l'examen anatomique.	Résolutifs-frictions iodurées. Ciguë et calomel à l'intérieur, 1re ponction de l'hydrocèle, puis deuxième avec injection iodée. Incision de l'hé[illegible]

nes génitaux-urinaires (1885, page 230).	ladie antérieure. Les deux testicules sont dans leur situation normale.	une barre de fer.	du canal inguinal. [illegible] missements, constipation, ballonnement et sensibilité du ventre. Douleur persistante provoquée surtout par le mouvement. Deux mois après, testicule toujours fixé contre l'orifice externe du canal inguinal ; il est ratatiné, présentant à peine le 1/5 de son volume normal. Cuisse en flexion, abduction et rotation en dehors. Névralgie du cordon périodiquement douloureux tous les soirs.	un accident de torsion du cordon.	but, plus tard castration qui montra un testic. très atrophié et un épididyme également altéré. Guérison rapide après l'opération.
Obs. XVIII. — Lapointe. La torsion du cordon spermatique et l'infarctus hémorragique du testicule (Maloine, Paris 1904, page 130).	X...., 18 ans, antécédents et professions inconnus.	Effort en éternuant.	Douleur vive au testicule droit suivie de pâleur, vomissements, pouls petit et fréquent. Testicule gros et douloureux fixé à l'orifice inguinal externe. A l'opération vaginale remplie de sang, testicule et épididyme tuméfiés, ayant fait un demi-tour sur leur axe. Mesorchium très long. Testicule gauche gros à peine comme une noisette.	Torsion du cordon démontrée par l'examen anatomique.	Incision. Détorsion du cordon. Conservation du testic. droit, qui paraît quelques jours après devoir s'atrophier.
Obs. XIX. — Du même. (Même ouvrage.)	X.... 62 ans. journalier.	Efforts pénibles successifs.	Tuméfaction du scrotum à droite ; douleur, vomissements. Peau œdémateuse, fluctuation. A l'incision il s'écoule un liquide sanguinolent. Le cordon divisé en deux faisceaux est tordu sur lui-même. Testicule et épididyme ont tourné de plus de 180 degrés. Absence complète du mésorchium. Au microscope, canalicules dilatés, vides de spermatozoïdes, foyers hémorragiques, veines thrombosées.	Avant l'opération, péri-orchite suppurée. Après l'opération, torsion du cordon.	Incision et détorsion.
Obs. XX. — Le Meignan. Recueil des accidents du travail (juillet 1903 p. 146).	G..., ouvrier, blennorrhagie antérieure.	Effort violent portant un sac de 120 kil. sur ses épaules.	Douleur violente dans les bourses. Testicule gauche gros, très douloureux à la pression ; puis masse fluctuante non transparente.	Avant l'opérat. on croit d'abord à une orchite par effort, puis à une hématocèle. L'opération démontra qu'on avait affaire à un épithéliome déjà ancien du test. avec noyaux calcifiés.	Castration. Guérison.

Observation XIV

(*In* Archives générales de médecine, 1876, p. 353. Duplay.)

Baudry, âgé de 29 ans, garçon boucher, entré le 29 mai à l'hôpital Saint-Louis, salle Saint-Augustin, n° 45, service de M. Duplay.

Il y a quatre semaines, en voulant soulever un quartier de bœuf, il ressentit une douleur dans l'aine gauche, et dut laisser retomber sa charge ; deux jours après, il s'aperçut d'un gonflement du testicule gauche, qui était le siège d'une douleur violente. Dans l'espace de vingt-quatre heures, ce testicule atteignit la grosseur d'un œuf d'oie, et il garda ce volume pendant huit jours. Au bout de ce temps il diminua un peu, pour arriver au volume d'un gros œuf de poule qu'il conserve aujourd'hui.

Cet homme a eu, il y a quatre ans, un chancre en même temps qu'une blennorrhagie ; ces deux affections ont duré environ un mois, et, d'après le dire du malade, elles n'ont laissé aucune trace. Il y a deux ans, il a été atteint d'un léger gonflement, à peine douloureux, du testicule gauche ; il a continué son travail en portant un suspensoir, et a guéri au bout de quinze jours.

État actuel, 24 mai. — Le cordon du côté gauche est dur, douloureux, du volume du petit doigt.

Le testicule du côté gauche, du volume d'un œuf de poule, présente une portion dure, constituée par l'épididyme et occupant toute la partie postérieure, ainsi que les extrémités supérieure et inférieure. A la partie antérieure, le testicule proprement dit, qui est pour ainsi dire incrusté dans cette portion dure, a une consistance molle, normale.

Les douleurs sont localisées au cordon gauche. Pas de lésion du testicule et du cordon droits.

En pressant sur l'urèthre, on ne parvient pas à constater le moindre écoulement. Une bougie à boule n° 20, introduite dans le canal, est arrêtée à 13 cm 5, mais franchit néanmoins ce point. Lorsqu'on

la ramène à l'extérieur, le talon de la boule est recouvert d'un peu de muco-pus.

Le toucher rectal ne fait reconnaître aucune lésion de la prostate et des vésicules séminales. Pas d'antécédents suspects du côté de la poitrine.

Rien d'anormal à la percussion et à l'auscultation. Repos, cataplasmes.

12 juin. — L'état local n'est pas amélioré. Depuis cinq ou six jours, le malade accuse des douleurs assez vives. Le testicule et surtout l'épididyme sont bosselés ; la peau est rouge, adhérente en plusieurs points. A la partie antérieure, dans l'étendue d'une pièce de deux francs, on constate une fluctuation évidente. Le canal déférent est moins dur et moins gros. Au niveau de l'anneau inguinal externe se trouve une petite induration, légèrement sensible à la pression, de forme allongée, pseudo-fluctuante. Rien d'anormal à la prostate et aux vésicules séminales.

17. — La douleur du testicule est bien moindre. L'induration, que l'on constate sur le cordon, a augmenté, et paraît légèrement fluctuante.

19. — On incise la poche purulente signalée plus haut et qui pointe de plus en plus Il s'en écoule une assez grande quantité de pus bien lié.

28. — L'induration du cordon a diminué de volume.

5 juillet. — Le testicule et surtout l'épididyme sont de plus en plus bosselés et inégaux ; leur volume reste sensiblement semblable.

17. — Le malade part pour l'asile de Vincennes, à peu près dans le même état.

Observation XV

(In *Archives générales de médecine,* 1876. Duplay)

Chevreul, âgé de 28 ans, layettier, entre le 27 mai 1876 à l'hôpital Saint-Louis (salle Saint-Augustin, n° 41, service de M. Duplay).

Il y a 9 jours, à la suite d'un effort pour soulever un fardeau, il a éprouvé une vive douleur dans l'aine droite. Dès le lendemain sont

apparues de la rougeur et de la tuméfaction du scrotum, surtout du côté droit ; le testicule du même côté est devenu douloureux, et le malade a gardé le lit. Comme antécédents, il dit avoir eu une blennorrhagie il y a 9 ans. Il n'a jamais éprouvé aucun trouble de la miction ; mais depuis son accident il est obligé d'uriner plus souvent, et son jet est un peu plus fin. D'ailleurs, il nie tout excès vénérien et tout excès de boisson, et n'a pas en ce moment trace d'écoulement uréthral.

État actuel, 28 mai. — Le testicule droit a la grosseur d'un œuf de poule, est douloureux ; on sent l'épididyme qui forme une coque plus dure que le reste de l'organe et qui englobe ce dernier ; le testicule proprement dit est rénitent. Le cordon est dur, douloureux et assez gros.

Une bougie à boule n° 21 est introduite assez facilement, mais éprouve quelque résistance à franchir le col vésical. L'instrument dont le passage à travers cet orifice est légèrement douloureux ramène à son talon une petite quantité de muco-pus.

Le toucher rectal montre les vésicules séminales fortement distendues, épaissies ; les canaux déférents sont indurés, volumineux, surtout du côté droit. Sur la ligne médiane, la prostate présente quelques nodosités assez volumineuses, peu douloureuses.

Pas d'antécédents suspects du côté des poumons ; l'auscultation et la percussion ne révèlent rien d'anormal.

Repos au lit, les bourses étant soutenues ; cataplasmes.

12 juin. — Testicule et cordon ont diminué de volume. Les vésicules séminales sont toujours volumineuses, peu douloureuses. Pas d'écoulement.

Le testicule est enveloppé avec des bandelettes de Vigo.

19 juin. — Depuis la veille, on constate, à la partie antéro supérieure du testicule, une collection liquide, avec adhérence à la peau. On l'incise, et il en sort une assez grande quantité de pus. L'épididyme reste dur et douloureux ; le testicule a sa consistance normale.

21 juin. — On constate à la partie postéro-supérieure de l'épididyme la présence d'une petite poche fluctuante. Son incision donne issue à du pus bien lié en assez grande abondance.

28 juin. — Le testicule et le cordon ont encore diminué de volume.

Le malade se lève.

7 juillet. — Il quitte l'hôpital à peu près dans le même état.

Les deux observations que l'on vient de lire avaient été diagnostiquées, au début, orchites par effort. Ce n'est que plus tard, en voyant survenir des nodosités sur l'épididyme et des adhérences du scrotum suivies de suppuration, que Duplay revint sur son diagnostic et songea à la tuberculose D'ailleurs, dans ces deux cas on pouvait encore songer à une étiologie uréthrale, la blennorrhagie ayant existé chez les deux malades. Il est même possible que chez le premier malade de Duplay l'orchi-épididymite ait été, au début, blennorrhagique. Sur cette première lésion, qui aurait créé un lieu de moindre résistance, la tuberculose serait venue se greffer avec une facilité extrême. Ainsi se trouverait expliqué cet envahissement du testicule et de l'épididyme, envahissement si rapide, que le bacille de Koch n'a pas eu le temps de créer des lésions de la prostate et des vésicules séminales, d'ordinaire les premières atteintes

Aussi Duplay a-t-il été heureusement inspiré en donnant à cette forme spéciale de tuberculose, signalée déjà par lui (*Union médicale,* 1860, 2e série) et très bien étudiée par Reclus dans sa thèse en 1876, la dénomination pittoresque de « tuberculisation galopante du testicule ».

Chez le deuxième malade, les symptômes sont analogues mais avec plus de modération dans leur marche et leur intensité. Comme dans le premier cas, il y a eu adhérences scrotales, inflammation, nodosités, suppuration, autant de symptômes qui ne laissent aucun doute sur le diagnostic. Mais dans la dernière observation, nous constatons que la tuberculose évolue avec plus de lenteur que

dans la première ; on trouve ici cette marche classique de la tuberculose génitale frappant d'abord les organes génitaux internes, prostate et vésicules séminales, puis les organes génitaux externes, épididyme et testicule. L'existence antérieure d'une blennorrhagie rend l'analogie plus frappante entre les deux malades. Mais dans notre second cas, cette uréthrite vient compliquer le diagnostic. A quoi doit-on, en effet, rapporter les troubles urinaires accusés par le malade, fréquence des mictions, douleur du col vésical, avec présence d'un jet d'urine plus fin ? La blennorrhagie datant de neuf ans, il est possible qu'il y ait eu un rétrécissement large que l'exploration plus ou moins complète a pu laisser ignoré, mais nous serions plutôt tentés de rejeter cette hypothèse et d'admettre que, à la suite de la blennorrhagie, il s'est développé une tuberculose génito-urinaire restée latente pendant longtemps, puis dénoncée par la fréquence des mictions, l'amincissement du jet, la douleur du col vésical, et enfin mise à jour par l'orchi-épididymite suppurée.

Ici, s'impose un rapprochement entre la première observation du chapitre II et celle que nous venons d'examiner. Sauf la suppuration, nous retrouvons à peu près les mêmes symptômes dans les deux cas. Si l'absence d'examen anatomique est susceptible de rendre plus incertain le diagnostic de tuberculose génitale chez le premier malade, il faut remarquer, par ailleurs, que l'absence de toute blennorrhagie rend ce diagnostic très probable. D'autre part, la ressemblance des deux malades, quant à leurs symptômes « urinaires » tranche en faveur de la tuberculose urinaire le diagnostic rendu incertain par l'existence antérieure d'une blennorrhagie chez le second malade. Ainsi rapprochées, ces deux observations s'éclairent mutuellement et leur diagnostic

respectif en acquiert une évidence de beaucoup plus nette et plus complète.

Procédant une seconde fois par comparaison, nous rapprocherons l'observation de Castex, de la suivante due au Dr Cabaret et rapportée par Béraud.

Observation XVI

(Résumée)

Hématocèle du cordon spermatique compliquée d'hydrocèle de la tunique vaginale et d'engorgement testiculaire par le docteur Cabaret (rapportée par Béraud *in* Archives génér. de médecine, 1851, vol. 8, p. 281).

N..., âgé de 59 ans, consulte le docteur Cabaret pour une tumeur piriforme au côté droit du scrotum. Tumeur élastique, fluctuante, quasi-indolente à la pression. Testicule inégal et tuméfié. N... rapportait l'origine de cette affection à un violent effort qu'il avait fait quelques jours auparavant, pour soulever un corps pesant. Il y avait eu sensation de déchirure à l'aine droite, puis apparition subite d'une petite tumeur qui s'était accrue peu à peu.

La tumeur était irréductible, sans trouble intestinal, transparente à sa partie inférieure, opaque à sa partie supérieure.

Après avoir employé inutilement les résolutifs, le docteur Cabaret ponctionne l'hydrocèle et traite, par les frictions iodurées, la ciguë et le calomel à l'intérieur, l'orchite qui finit par disparaître. L'hydrocèle ayant reparu, deuxième ponction avec injection iodée qui amena la cure radicale.

Quant à la partie opaque de la tumeur, elle avait résisté aux résolutifs. On l'incisa et il s'en écoula du sang fluide et coagulé.

Guérison le vingt-cinquième jour.

Ce qui nous frappe dès le début de cette observation, c'est le mode de début de l'affection ; cette sensation brusque de déchirure dans l'aine, identique dans

toutes les observations d'hématome funiculaire. Cette douleur du début est suivie d'une période de calme relatif que nous retrouvons dans les trois observations de M. Couteaud, de Castex et du docteur Cabaret. C'est alors que se produit l'infection révélée bientôt par une douleur tenace et progressive, puis par du gonflement : infection qui atteint l'épididyme seul dans le cas de M. Couteaud, l'épididyme et le testicule dans les cas de Castex et de Cabaret. Aussi, la maladie, au lieu d'évoluer en huit ou dix jours comme les simples hématomes de Guelliot et de Fleury, persiste-t-elle vingt jours et plus comme l'orchite vraie. La présence d'une hydrocèle constatée dans les cas de Castex et de Cabaret, est une preuve de plus en faveur de l'orchi-épididymite. Ce symptôme que l'on constate régulièrement dans les cas d'orchite blennorrhagique, n'a jamais été vu par Guelliot, ni par Fleury chez leurs malades atteints simplement d'hématome du cordon. Enfin, l'incision, par le docteur Cabaret, de la tumeur funiculaire et l'issue de sang fluide et coagulé qui suivit cette incision, ne laisse aucun doute sur l'exactitude rigoureuse du diagnostic. Dans le cas de Castex, l'hémorragie semblerait s'être produite plus bas vers l'épididyme, au lieu de se collecter autour du cordon.

Il est certain que cette observation reste assez obscure en elle-même : son diagnostic peut paraître douteux à cause de l'absence d'examen anatomique, comme le serait d'ailleurs celui de l'observation du docteur Cabaret, si l'opération ne l'avait rendu évident.

Aussi, croyons-nous que pour avoir une opinion sur le cas de M. Castex, il faut le comparer à celui de Cabaret et en analyser les symptômes.

M. Monod, qui s'est occupé de cette observation de Castex en présentant celle de M. Couteaud à la Société

de chirurgie, pensait que toutes deux présentaient assez d'analogie pour relever d'un même diagnostic, celui d'hématocèle suivie d'infection orchi-épididymaire. L'observation de Cabaret, rapportée par Béraud, nous paraît ajouter plus de force à cette opinion de Monod.

Nous allons maintenant relater une observation de Terrillon qui, étiquetée par lui « orchite par effort », nous paraît, comme à Sébileau, se rapporter à un cas de torsion du cordon spermatique.

Observation XVII

De l'orchite par effort. — Sa terminaison par l'atrophie testiculaire (Dr Terrillon). — Testicule remonté et fixé vers l'anneau inguinal. — Atrophie. — Névralgie consécutive. — Castration. — Guérison.

C..., âgé de 45 ans, journalier, marié, père de famille, raconte qu'il était toujours bien portant, vigoureux et qu'il n'a jamais eu d'affection vénérienne d'aucune sorte.

Il affirme également, et son frère l'affirme avec lui, que ses deux testicules étaient d'égal volume et disposés de la même façon dans le scrotum.

Il entre à la Charité le 14 décembre 1883, envoyé par son médecin qui nous donne des renseignements assez précis sur les accidents qu'il a présentés. Deux mois environ avant son entrée, en faisant un effort violent pour soulever une barre de fer, il éprouva une douleur extraordinairement vive dans le testicule gauche. Cette douleur fut tellement aiguë qu'il eut une syncope assez prolongée.

Le malade affirme qu'il n'y eut aucune contusion directe et il n'y eut, en effet, ni épanchement sanguin, ni aucune trace de froissement.

Le malade, rapporté dans son lit, s'aperçut que le testicule gauche était remonté dans la région de l'aine et très douloureux.

En même temps il éprouvait la douleur dans la région voisine de l'abdomen et dans le côté correspondant des reins.

Le lendemain, le testicule toujours fixé dans sa nouvelle position devint plus volumineux, et bientôt se présentèrent des symptômes d'inflammation traités par des émollients et des applications de sangsues.

En même temps se montrent des accidents généraux inquiétants. Vomissements, constipation opiniâtre, ballonnement et sensibilité du ventre : symptômes simulant un étranglement interne ou une péritonite localisée. Cet état dura pendant une huitaine de jours. La constipation céda sous l'influence des purgatifs,mais le testicule restait volumineux, douloureux et fixé dans sa nouvelle position.

Après trois semaines de repos absolu et de traitement bien ordonné, l'inflammation testiculaire avait en grande partie disparu, et cependant le malade éprouvait de vives douleurs qui l'empêchaient de se lever et même de se déplacer dans son lit.

Les douleurs persistèrent sans s'améliorer ne laissant presque aucun répit au malade jusqu'à son entrée à l'hôpital qui fut nécessitée par la diminution de ses ressources pécuniaires.

A son entrée dans le service, on trouve le testicule solidement fixé en avant de l'anneau inguinal externe. Il est ratatiné, gros à peine comme le bout du petit doigt et présentant à peu près le cinquième de son volume normal. Il est tellement douloureux à la pression et au moindre attouchement qu'il est extrêmement difficile à explorer. Toutes les tentatives pour le mouvoir sont infructueuses. On peut seulement le déplacer de quelques millimètres. En même temps le malade éprouve tous les symptômes d'une névralgie iléo-lombaire.

L'attitude de la cuisse est surtout remarquable. Elle est en flexion, abduction et rotation en dehors. Dès que le malade veut la redresser, la douleur testiculaire devient intolérable. Il est probable que, dans l'attitude qui donne le moins de douleur, l'anneau inguinal présente son maximum d'étendue et permet ainsi au cordon un peu épaissi et à la queue de l'épididyme placée à son niveau, de ne pas être comprimés. Dans une autre attitude, au contraire, l'anneau est resserré et les parties malades sont légèrement froissées.

Par le fait de ces douleurs qui s'exagèrent si facilement et qui reviennent même sans provocation presque tous les soirs, le malade est absolument impotent et ne peut quitter son lit. Pendant près de deux mois, il fut soumis au repos absolu, aux purgations légères et à une série d'anti-névralgiques.

La situation ne s'améliora pas.

Aussi, en présence de l'insuccès des moyens employés, des douleurs intolérables supportées par le malade, et en tenant compte de l'atrophie du testicule, réduit à un noyau fibreux, je proposai au malade de lui faire une castration, comme le seul moyen de guérir une affection aussi douloureuse. L'opération fut pratiquée le 2 février 1884. Pendant la dissection, il fut facile de reconnaître que la tunique vaginale, en partie oblitérée, était fixée aux parties voisines par sa surface externe au moyen de tractus fibreux assez durs, traces de l'inflammation du tissu cellulaire.

La dissection du cordon fut délicate, car, à partir de l'épididyme, il disparaissait de suite dans le canal inguinal.

Il fut divisé en cinq petites parties liées isolément avec des fils de catgut : le canal déférent et l'artère déférentielle furent liés, pour plus de sûreté, avec un fil de soie.

Un tube à drainage fut placé dans la plaie : la réunion de la peau fut pratiquée au catgut.

Les suites furent très simples et le malade guérit en quelques jours. A la fin du mois de février, il partit pour Vincennes complètement guéri, marchant facilement et n'ayant plus ressenti de douleurs depuis l'opération.

Deux mois et demi après sa sortie de l'hôpital, il vint me donner de ses nouvelles qui étaient excellentes. La cicatrice se voyait fort peu.

L'examen du testicule atrophié montra qu'il s'agissait là d'une destruction presque complète des tubes testiculaires envahis par le tissu fibreux périphérique, dense et dur. L'épididyme était également altéré et presque cicatriciel. En un mot, ce testicule présentait tous les caractères de l'atrophie qui succède à l'orchite traumatique.

Cette observation si intéressante de Terrillon relève à peu près sûrement, comme le dit Sébileau, de la torsion du cordon spermatique. Cet accident, encore peu connu à l'époque où Terrillon publia ce cas, n'était admis comme possible que sur des testicules en ectopie. Aussi ce chirurgien a-t-il soin de faire remarquer que son malade avait les testicules normalement placés. Depuis lors, il a été publié plusieurs cas de torsion du cordon coïncidant avec des testicules complètement descendus. Defontaine en 1886, Owen en 1893, et plus récemment Barozzi, en 1898, relatent des observations très nettes de torsion sans ectopie. Aussi ce que Terrillon ne pouvait guère admettre chez son malade, il y a vingt ans, est-il admissible pour nous actuellement. Comment, en effet, pourrait-on s'expliquer, autrement que par la torsion du cordon, cette application étroite et si prolongée du testicule contre l'orifice inguinal externe? La contracture d'un muscle comme le crémaster, malgré l'opinion de maîtres tels que Tillaux, Terrillon, Reclus, ne nous paraît guère susceptible de donner une réponse satisfaisante à cette question. D'ailleurs, il faudrait un crémaster extraordinairement puissant pour produire une contusion violente capable de provoquer une syncope. Cette douleur brusque et si intense est, au contraire, la règle dans les accidents de torsion. Enfin, l'atrophie que l'on a constatée à l'opération, n'est qu'un symptôme de plus en faveur de la torsion du cordon.

Malheureusement, l'examen anatomique fait pendant l'opération fut très incomplet. Deux points, importants pour notre diagnostic rétrospectif, n'ont pas été vérifiés par l'opérateur : c'est l'état du cordon et les moyens de fixation du testicule atrophié.

Il a fallu que Terrillon fût convaincu de la réalité d'une

orchite par effort pour qu'il négligeât l'examen du cordon. Un détail frappant et qu'il a mis lui-même en relief, aurait dû cependant mettre en éveil un tel observateur ; c'est ce fait que le testicule était solidement fixé contre l'orifice inguinal externe et que le cordon ainsi que l'épididyme disparaissaient entièrement dans le canal inguinal. D'ailleurs, comme nous l'avons déjà dit, l'ignorance où l'on était à cette époque de la possibilité de la torsion du cordon sans ectopie testiculaire, est probablement la raison principale de cette négligence.

Le second point dont nous avons parlé, c'est-à-dire l'état des moyens de fixation du testicule, ne pouvait être observé qu'à la condition d'avoir déjà pensé à la torsion du cordon. D'ailleurs cette remarque ne pouvait être faite, il y a vingt ans, puisqu'on connaissait peu cet accident et pas du tout sa pathogénie. Depuis lors, Sébileau a expliqué la production de cette affection par l'absence du mésorchium qui relie la vaginale à l'épididyme et au testicule, ou par sa trop grande longueur. A l'état normal, en effet, le testicule est fixé de trop près à la vaginale pour qu'il lui soit possible d'accomplir, sur son axe, un ou plusieurs mouvements de rotation indépendamment de sa séreuse. Mais s'il est complètement séparé de la vaginale par l'absence du mésorchium ou s'il ne lui adhère que de loin par la trop grande longueur de ce lien fixateur, cette rotation peut se produire et alors éclatent les bruyants symptômes qui caractérisent la torsion du cordon. Cette absence du mésorchium ou sa trop grande laxité ont été constatées par Nicoladoni, Mickulicz, Czerny, Thomas Bryant chez des sujets à testicules ectopiques. Il est fort probable que le malade de Terrillon était porteur d'une pareille anomalie quoiqu'il eût les testicules normalement

situés. Il est à regretter que cette remarque n'ait pas été faite au cours de l'opération.

Nous tenons à rapprocher le cas de Terrillon de deux observations empruntées à un opuscule, paru tout récemment, du Dr André Lapointe, et qui a pour titre *La Torsion du cordon spermatique et l'infarctus hémorragique du testicule.*

Observation XVIII

(Par Ed. Von Meyer, rapportée par Lapointe, in *Torsion du cordon spermatique et l'infarctus hémorragique du testicule*, p. 130.)

Jeune homme de 18 ans, entre le 17 octobre 1890 à la clinique de Czerny, à Heidelberg. Le 15 octobre, en éternuant, il fut pris d'une douleur vive au niveau du testicule droit, avec signes de collapsus: pouls petit et fréquent, pâleur, vomissements. Le testicule était haut placé, à peine augmenté de volume, douloureux et fixé dans la région de l'orifice inguinal externe. Le soir, amélioration des symptômes généraux.

Dans la nuit du 17, les douleurs augmentent, une tuméfaction se développe au niveau de l'orifice externe, qui reste séparé du testicule par un sillon net.

A l'opération, la vaginale apparaît remplie de sang noirâtre, visible par transparence. Le testicule, amené au dehors, est tuméfié, ainsi que la tête de l'épididyme, et distendu par du sang ; au-dessus de la queue de l'épididyme, un sillon d'étranglement apparaît. On constate qu'il s'agit d'une rotation du testicule autour de la queue de l'épididyme et d'un mésorchium de longueur anormale. On peut sans peine détordre par un tour et demi de gauche à droite. On referme la vaginale en laissant le testicule droit, parce que le testicule gauche était gros à peine comme une noisette.

Le 10 février 1891, le testicule droit, ainsi conservé, est fixé à la racine du pénis, plus dur qu'à l'état normal. Il paraît devoir s'atro-

phier. Le testicule gauche, au contraire, a augmenté de volume, sans doute par compensation. Il est en bonne position.

On avait pensé, dans ce cas, à la rupture d'un varicocèle.

Observation XIX

(Par Nicoladoni, rapportée par Lapointe. *loc. cit.*, p. 126.)

Journalier de 62 ans, entré le 22 juin 1883, pour une tuméfaction des bourses, surtout du côté droit.

Quelques jours auparavant, à la suite de travaux pénibles sans traumatisme local, tuméfaction du scrotum à droite, douleurs, vomissements.

La peau est rouge œdémateuse jusqu'à l'orifice inguinal externe. Palper douloureux, fluctuation.

Diagnostic : péri orchite suppurée.

Incision immédiate de la vaginale. Il s'écoule, non pas du pus, mais 200 gr. environ de liquide sanguinolent et par l'incision sort un organe rouge foncé. On croit à une anse iléale étranglée. Mais, on reconnaît que c'est le testicule, suspendu à un pédicule dans lequel font saillie deux cordons enroulés en spirale l'un sur l'autre de presque un tour complet. Le testicule enveloppé d'une mince gaine séreuse, grossi d'un tiers, pend complètement libre, dur, tendu, rouge foncé ; on l'enlève, car il paraît nécrosé.

Ce qu'on avait pris pour une anse grêle à l'incision vaginale était l'épididyme tuméfié ; le bord postérieur du testicule coiffé de l'épididyme était, en effet, en avant et son bord antérieur en arrière. La torsion, de dehors en dedans, dépassait, en réalité, 180 degrés, car le bord postérieur, devenu antérieur, était tourné un peu en dedans, et le bord antérieur, un peu en dehors.

Le pédicule arrondi épais de 7 millimètres se fixait au pôle supérieur du testicule ; un des cordons qui le constituait était le canal déférent et l'autre, les vaisseaux spermatiques.

Dans la région de l'épididyme, il y avait deux cavités kystiques remplies de sang.

Au microscope, les canalicules dilatés sont remplis de cellules, mais vides de spermatozoïdes. Hémorragie interstitielle abondante. Dans le reste on voit des veines thrombosées et des foyers hémorragiques.

Dans le pédicule, les vaisseaux sont également thrombosés et le canal déférent n'a plus d'épithélium vibratil.

A noter, la division des organes du pédicule en deux faisceaux : un vasculaire et un déférentiel ; et surtout la liberté complète du testicule et d'une partie du cordon, due à l'absence complète du mésorchium.

Nous retrouvons dans ces deux observations de Lapointe les symptômes frappants qui ont marqué le début de la maladie racontée par Terrillon : la douleur brusque à la suite d'un effort, les phénomènes généraux, pâleur, pouls petit, vomissements, n'arrivant pas cependant jusqu'à la syncope.

L'examen anatomique fut ici nettement démonstratif ; il est vrai que l'opération eut lieu dès les premiers jours qui suivirent le début des accidents. Il fut alors facile de constater leur cause et leur résultat au point de vue anatomique. Dans le cas de Terrillon, au contraire, la castration fut faite tardivement, lorsque l'atrophie avait envahi si profondément les organes génitaux qu'il dût être difficile sinon impossible d'en constater la nouvelle disposition anatomique qu'une torsion du cordon fort probable avait pu provoquer.

Il nous reste enfin à examiner une dernière observation qui forme à elle seule une cinquième classe de pseudo-orchites par effort. C'est l'histoire d'un malade opéré à l'hôpital de Nantes, racontée par le docteur Le Meignan dans le *Recueil spécial des accidents du travail*. L'intérêt qui s'attache à cette observation au double point de vue théorique et pratique, nous fait une obligation de la publier en entier.

Observation XX

(Un cas de soi-disant orchite par effort)

Recueil des accidents du travail (livraison de juillet 1903, page 146), par le docteur H. Le Meignan.

Le 6 novembre 1902, nous sommes chargé par une compagnie d'assurances de voir avec le docteur L., médecin traitant, le sieur G., se disant victime d'un accident du travail arrivé le 28 octobre. G. nous raconte que, ce jour, chargeant sur ses épaules des sacs de 120 kilos, il fut, par suite d'une fausse manœuvre, entraîné en avant. Il fit un effort violent pour se redresser et, à ce moment, il ressentit une douleur assez vive dans les bourses. Il dut interrompre son travail immédiatement et fit appeler le docteur L.

Celui-ci constata que le testicule gauche était gros, très douloureux à la pression, surtout dans la région voisine de l'épididyme et fit le diagnostic « d'orchite par effort ». G. niait d'ailleurs avoir eu aucune blennorrhagie (il en avoua plus tard une remontant à quelques mois), ni avoir jamais souffert de la région scrotale et, à l'auscultation, ne présentait aucune lésion tuberculeuse. Le docteur L. avait conclu à une incapacité d'une dizaine de jours. Son diagnostic ainsi que son pronostic semblaient rationnels et nous en avertissions la Compagnie d'assurances, tout en faisant des réserves sur la possibilité d'une affection latente.

Trois semaines plus tard, notre confrère nous priait de revoir avec lui G., dont l'état semblait s'aggraver. On percevait à la palpation une masse fluctuante, qui, à l'examen à la lumière, semblait dépourvue de transparence. D'un commun accord, nous fîmes entrer G. à l'Hôtel-Dieu de Nantes, où le diagnostic d'hématocèle probable fut posé par le chef de service de la salle. L'opération fut décidée et effectuée le surlendemain. Mais, à l'ouverture, on se trouve en présence non d'une collection liquide, comme aurait pu le faire croire la fluctuation nettement perçue, mais d'une masse ayant toutes les apparences d'un sarcome. Sur cette tumeur, en

un point répondant à celui où la douleur était perçue avec le plus d'acuité, on voyait encore la trace de l'hémorragie produite par la contusion, suite de la contracture musculaire. Le diagnostic était donc absolument exact ; il s'agissait d'une tumeur latente. L'examen microscopique montra que cette tumeur n'était pas un sarcome, comme l'avait fait penser l'examen sommaire, mais un épithélioma renfermant des noyaux déjà calcifiés, preuve d'une lésion remontant déjà à un certain temps. Le traumatisme n'avait fait que révéler la présence de ce cancer en produisant la rupture de quelques vaisseaux.

Cette observation est un exemple de plus de la difficulté insurmontable qu'offre parfois le diagnostic. L'effort du début ne faisait aucun doute, son influence paraissait évidente, et comme le malade niait la blennorrhagie qu'il avait eue d'ailleurs, son affection semblait être le fait d'un accident du travail. L'évolution prolongée et tendant à l'aggravation met cependant les médecins en éveil qui envoient le malade à l'hôpital où l'on fait une deuxième erreur de diagnostic. Au lieu de l'hématocèle attendue, l'opération met le chirurgien en présence d'une tumeur qui évoluait depuis déjà fort longtemps puisqu'elle contenait des noyaux calcifiés.

Si l'opération n'avait pas eu lieu, soit parce que le malade l'avait refusée, soit pour toute autre raison, et que le décès fût survenu rapidement, on devine les complications judiciaires auxquelles ce faux accident aurait donné lieu. L'autopsie, faite tardivement, sur une région comme le scrotum, n'aurait amené qu'un résultat très incertain et le diagnostic d'orchite par effort devait nécessairement être admis par les juges compétents.

CHAPITRE IV

L'EXISTENCE DE L'ORCHITE PAR EFFORT N'EST PAS ENCORE DÉMONTRÉE

Si l'on jette un regard d'ensemble sur les diverses observations relatées dans les deux chapitres qui précèdent, en les groupant par catégories, on s'aperçoit combien il est difficile, à l'heure actuelle, d'admettre le diagnostic d'orchite par effort.

Nous avons vu, dans notre première catégorie de cas, la tuberculose génitale évoluer nettement sous des formes différentes : tuberculose galopante du testicule et de l'épididyme sans lésions prostatiques ni de vésicules séminales, avec suppuration et nécrose rapide des organes génitaux externes dans une observation ; tuberculose à marche aiguë mais moins rapide que dans le cas précédent, avec lésions de la prostate chez un second malade, et, chez un troisième, tuberculose latente et à évolution très lente qui paraît avoir atteint à la fois les organes génitaux et les organes urinaires.

Dans la deuxième classe, se trouvent plusieurs cas où l'origine uréthrale de l'orchi-épididymite est évidente à côté d'autres où elle est au moins fort probable. Chez la plupart des malades de cette catégorie, la blennorrhagie existe dans les antécédents. L'exploration de l'urèthre a

prouvé, d'ailleurs, qu'il existait des lésions encore en activité au niveau du carrefour uro-génital, activité se manifestant soit par la goutte matutinale, soit par un peu de douleur à la miction, soit enfin par du rétrécissement.

L'observation de M. Pellier seule ne contient pas d'antécédents ni des signes bien nets de blennorrhagie. Mais nous avons fait remarquer en temps opportun qu'elle était incomplète à plusieurs points de vue ; d'abord, parce que l'auteur ne nous dit point s'il y a eu blennorrhagie antérieure, et ensuite parce que l'examen de l'urèthre a été fort sommaire.

Les cas d'hématome du cordon relatés dans le chapitre précédent n'ont pas tous été diagnostiqués « orchite par effort ». Seuls les cas de M. Couteaud et de Castex sont ainsi dénommés. Mais nous tenions à rapporter ici les cas de Fleury, ceux de Guelliot et l'observation de Béraud, où le diagnostic est d'une évidence nette, afin de les rapprocher des cas de Castex et de Couteaud, dont le diagnostic plus délicat ne pouvait être fixé que par leur analogie avec les précédents quant à leur apparition et à leur évolution. Il nous semble bien, qu'après cette comparaison, les deux malades qui font le sujet de ces observations doivent être considérés comme atteints d'hématocèles génitales avec infection secondaire de l'épididyme et du testicule.

Si l'examen anatomique de Terrillon avait été complet, si le cordon avait été examiné pendant l'opération, il est fort probable, comme nous l'avons montré précédemment, qu'on aurait trouvé cet organe plusieurs fois tordu autour de son axe. Quant à l'absence du mésorchium, on ne pouvait guère y songer, puisqu'il n'en avait pas encore été question à cette époque.

Enfin, l'observation de Le Meignan est trop frappante

et trop complète pour qu'il soit permis de douter du diagnostic.

On voit, en somme, que toutes ces observations ont l'apparence d'un début subit : l'effort est leur point de départ commun. C'est sur lui que repose le diagnostic de tous les observateurs cités dans ce travail. Mais, comme on ne pouvait mettre l'effort en cause, sans interpréter son action, deux théories furent proposées dans ce but.

La théorie de Velpeau, du premier abord, ne paraît pas admissible. Les fibres aberrantes du grand droit, auxquelles il attribue une puissance fort exagérée, ne sont probablement autre chose que le ligament de Henle. Or, comment supposer que ce faisceau minuscule de fibres à peu près rigides aient le pouvoir de contusionner le cordon avec assez de force pour produire une lésion sérieuse et surtout une lésion à distance.

La théorie de Tillaux est plus facilement admissible que la précédente. On peut supposer raisonnablement que le crémaster est susceptible d'amener le testicule contre le pubis. Mais ce qu'il est plus difficile d'admettre, c'est qu'il y ait une contusion assez violente pour produire une orchite traumatique, sans infection concomitante.

D'ailleurs, cette contusion par le crémaster pas plus que celle due au grand droit n'ont été démontrées expérimentalement. Les examens anatomiques qui pourraient appuyer ces théories sont rares et les cinq que nous avons cités vont tous à l'encontre des interprétations pathogéniques de Velpeau et de Tillaux.

D'autre part, nous avons montré qu'on trouvait, pour toutes nos observations, une pathogénie plus vraisemblable à tous les points de vue. La théorie microbienne a démontré et démontre encore tous les jours de plus en plus que l'infection est la cause directe de toute inflam-

mation. Mal connue encore à l'époque où Velpeau et Tillaux ont émis leurs théories pathogéniques de l'orchite par effort, elle l'est trop bien aujourd'hui pour que l'on puisse continuer d'admettre ces théories dont la preuve formelle n'a jamais été faite.

CONCLUSIONS

1° Il n'existe pas un seul examen anatomique permettant d'établir la réalité de l' « orchite par effort », c'est-à-dire suivant l'étymologie de l'inflammation du testicule sous l'influence d'un effort.

2° La dénomination d' « orchite par effort » est fausse devant la pathologie générale actuelle — l'inflammation étant fonction d'infection — elle n'est pas légitimée par l'anatomie et la physiologie.

3° Cette dénomination d' « orchite par effort » masque des erreurs de diagnostic que les données nouvelles fournies par la bactériologie sur l'infection en général, et l'infection gonococcique et tuberculeuse du testicule en particulier, expliquent aujourd'hui clairement.

4° On a réuni sous le nom d' « orchites par effort » des poussées aiguës d'orchi-épididymites tuberculeuses gonococciques, uréthrales, provoquées parfois par une contusion du testicule ; des torsions du cordon spermatique et des hématomes par rupture d'une veine funiculaire variqueuse ; des néoplasmes latents révélés et augmentés de volume par une hémorragie intra-*néoplasique*.

5° Le terme d' « orchite par effort » doit être abandonné. Il n'a plus raison d'être. Au point de vue de la loi de 1898, le médecin évitera de formuler ainsi son diagnostic. Le délai de quatre jours accordé par la loi de 1898, modifiée en 1902, permet au médecin hésitant de revoir son malade à plusieurs reprises et *d'établir un diagnostic* plus précis et plus anatomique.

CHAPITRE V

L'ORCHITE PAR EFFORT ET LA LOI SUR LES ACCIDENTS DU TRAVAIL

La loi de 1898 a pour but de réparer pécuniairement les accidents du travail. Elle est basée sur deux principes : le risque professionnel et l'indemnité forfaitaire. Le risque professionnel peut être défini « la mise à la charge du patron (au même titre que les frais généraux, l'assurance contre l'incendie, l'usure de l'outillage, etc.) des accidents qui sont la conséquence de son industrie. » (Mourral et Berthiot.) « Le principe se justifie par cette simple considération que si le patron, qui poursuit en somme un but intéressé, a pour lui les bonnes chances, il doit par contre supporter les mauvaises ; ayant le profit, il doit avoir les pertes, et parmi ces dernières, il est juste de faire figurer celles résultant des accidents survenus à ses ouvriers, accidents qui sont dus en somme à une organisation ainsi qu'à un outillage auxquels ils sont restés absolument étrangers. »

Admettant ce principe, toutes les blessures survenues au cours ou à l'occasion du travail, doivent être réparées.

Mais la responsabilité étant, en dehors de toute espèce de faute, une charge de l'industrie, l'indemnité doit être forfaitaire et transactionnelle ; le second principe

découle du premier : ce n'est plus le paiement d'une faute auquel le patron est assujetti ; c'est le paiement d'une véritable assurance. Tous les accidents du même genre seront réparés de la même façon, indemnisés par la même somme.

Rappelons seulement que l'ouvrier victime d'un accident a droit au demi-salaire jusqu'à guérison ou consolidation de sa blessure, aux frais médicaux et pharmaceutiques. S'il reste mutilé ou atteint d'une incapacité permanente, la loi lui accorde une rente viagère égale à la moitié de la réduction du salaire entraînée par la mutilation.

Le médecin est le pivot d'application de cette loi très humaine, qui existait déjà dans la plupart des Etats Européens, lorsque les chambres françaises l'ont promulguée (après une laborieuse gestation de plus de 10 ans). C'est le certificat de constatation de l'accident qui établira les droits de l'ouvrier à la réparation pécuniaire de son accident. Il faut donc tout d'abord que le médecin précise s'il s'agit d'une affection traumatique, d'un accident ou, au contraire, d'une affection médicale spontanée ou indépendante d'un traumatisme.

Nous n'avons trouvé dans la littérature qu'un seul cas d'orchite par effort qui ait été publié au point de vue de la loi de 1898. Il s'agit du cas de Le Meignan, que nous rappellerons brièvement en quelques lignes :

Un ouvrier portant sur ses épaules des sacs de 120 kilos, se sent entraîné en avant. Pour se retenir, il fait un effort violent et éprouve aussitôt une vive douleur dans les bourses. Un médecin appelé trouve le testicule gros, douloureux et pose le diagnostic d'orchite par effort tout en faisant des réserves sur la possibilité d'un néoplasme. Au bout de quelques jours, le malade ne guérissant pas, on le fait entrer à l'hôpital de Nantes où le chirurgien, se basant

sur une fluctuation très nette, diagnostique une hématocèle. On opère et on se trouve en présence d'une tumeur ramollie contenant un foyer hémorragique qui produisait la fluctuation.

L'examen microscopique démontra qu'on avait affaire à un épithélioma déjà ancien puisqu'il contenait des noyaux calcifiés.

Nous avons montré dans les chapitres précédents que l'orchite par effort était une dénomination vague sous laquelle on avait confondu des cas très différents de tuberculose, de gonococcie, d'orchite uréthrale, de contusion testiculaire, etc...

La première déduction qui s'impose pour le médecin expert au point de vue de la loi de 1898, c'est la suivante : on ne portera pas le diagnostic d'orchite par effort, même lorsque l'examen du malade ne dénotera pas un écoulement uréthral, même lorsque l'accidenté déclarera avoir, dans un effort violent, ressenti une douleur vive dans les bourses. On attendra un, deux, trois jours pendant lesquels on verra le malade pour poser un diagnostic plus exact. Probablement le 2e ou 3e jour (la loi n'oblige à déposer le certificat que le quatrième jour au plus tard) on sera fixé : l'affection aura nettement les caractères d'une orchite blennorrhagique ou tuberculeuse, ou uréthrale, que nous n'avons pas à rappeler ici.

La seconde conclusion qui s'impose est la suivante : lorsque le testicule aura été contusionné au cours du travail, le médecin devra, sans aucun doute, certifier l'origine traumatique de l'affection. Mais il devra porter le diagnostic de « contusion du testicule » et non d'« orchite par effort ». Si le testicule s'enflamme et suppure dans les jours suivants parce qu'il s'est fait une infection d'origine uréthrale dans la glande contusionnée, la perte

du testicule devra être considérée comme la conséquence de l'accident. Sans la contusion le testicule serait resté sain. Le sinistré aura donc droit au demi-salaire jusqu'à cicatrisation complète, et à une rente si son testicule s'est éliminé.

Nous nous bornons à ces quelques indications en regrettant de n'avoir pas trouvé, dans la littérature allemande et française des accidents du travail, les faits cliniques nécessaires pour fournir des données utilisables dans la pratique.

———

BIBLIOGRAPHIE

Augagneur et D. Mollière. — Article « Testicule » du dictionnaire de Dechambre (tome XVI, page 568).

Barozzi. — Torsion spontanée du cordon spermatique. Bulletin de la Société anatomique de Paris, janvier 1898 (5e série, tome XII, fascicule 5, page 188).

Béraud. — Archives générales de médecine (année 1851, vol. 8, page 281).

Boyer (le baron). — Traité des maladies chirurgicales et des opérations qui leur conviennent (tome III, page 87).

Boyer (Ph.). — Nouveau dictionnaire de Jaccoud (tome 35, page 259).

Castex. — Annales des maladies des organes génito-urinaires (année 1891, page 558).

Couteaud. — Bulletin de la Société de Chirurgie (1902, page 1119).

Defontaine. — Accidents de la torsion du cordon testiculaire. Société prov. de chirurgie (tome III, n° 7, page 142).

Delôme. — De l'orchi-épididymite prétendue par effort (Thèse de Paris, 1877).

Dentu (Le) et Delbet. — Traité de chirurgie (article « Orchite » par Pierre Sébileau, tome X, page 77).

Deutsche Chirurgie. — Article « Orchites traumatiques », par le Prof. Kocher (année 1887, page 257).

Duplay (Simon). — Archives générales de médecine, p. 353, année 1876.

Duplay et Reclus. — Traité de chirurgie (tome VII, page 1119).

Eraud et Hugounenq. — Recherches bactériologiques et chimiques sur la pathogénie de l'orchite blennorrhagique et de certaines orchites infectieuses (Semaine Médicale, 5 avril 1893, page 153).

Fleury. — Hématome funiculaire (Loire médicale du 15 décembre 1888, page 333).

FOLLIN et DUPLAY. — Traité de pathologie externe (tome VII, p. 282).

FORGUE. — Précis de pathologie externe (tome II, page 857).

FORGUE et JEANBRAU. — L'orchite par effort (*in* « Guide du médecin dans les accidents du travail, leurs suites médicales et judiciaires », sous presse).

GUELLIOT. — Pseudo-orchite par effort ou coup de fouet du cordon (Union médicale du Nord-Est, juillet 1889).

LAPOINTE. — La torsion du cordon spermatique et l'infarctus hémorragique du testicule (Maloine, Paris 1904).

LARREY. — Clinique chirurgicale (tome III, page 60).

LE MEIGNAN. — Un cas de soi-disant orchite par effort (Recueil spécial des accidents du travail, juillet 1903, page 146).

MACAIGNE et VANVERTS. — Annales des maladies des organes génito-urinaires (année 1896, page 673).

MONROD et TERRILLON. — Les maladies du testicule, page 122.

NÉLATON. — Hématome spontané du cordon (Gazette des hôpitaux, année 1853, n° 20, page 83).

NOGUÈS. — Des uréthrites non gonococciques (Rapport à la Société française d'urologie, octobre 1897).

OWEN. — Sur un cas d'étranglement du testicule par torsion du cordon spermatique (Semaine Médicale, 22 novembre 1893, n° 67, page 536).

PELLIER. — L'orchite par effort (Union médicale, 6 septembre 1888).

RIGAUX. — De la torsion du cordon spermatique (Thèse de Montpellier, décembre 1903).

TERRILLON. — Annales des maladies des organes génito-urinaires (année 1885, page 230).

TILLAUX. — Anatomie topographique (9e édition, page 838).

VELPEAU. — Hématome de la vaginale et du cordon (Gazette des hôpitaux, 1847, n° 86, page 367).

VIDAL DE CASSIS. — Traité de pathologie externe et de médecine opératoire (tome V, page 148).

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :
Montpellier, le 1er juillet 1904.
Le Recteur,
Ant. BENOIST.

VU ET APPROUVÉ :
Montpellier, le 1er juillet 1904.
Le Doyen,
MAIRET.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !


TABLE(S)
RUN INTO
GUTTER